الخجل وتقدير الذات لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم

إعداد

محمد عاطف الجمال

ماجستير صحة نفسية

... في هذا الكتاب ...

يعد التدريب الكلامى وطريقة تطبيقه فعالة فى علاج أمراض إضطرابات النطق والكلام ويهتم بشكل أساسى بتحسين وظائف النطق والكلام والاستعانة بإرشادات المعالج وتقليده. ولذلك يستخدم التدريب الكلامى فى كثير من إضطرابات النطق والكلام لكثرة انتشارها بين الأطفال وبعيدا عن النسبة العالية لأنتشار إضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال فإن نسبة كبيرة من أطفال بعض المدارس فى الولايات المتحدة يعانون من إضطرابات النطق ، وقد أشار تقرير طبى إلى انتشار إضطرابات النطق لدى ١٤,٢% من الأطفال فى المرحلة الابتدائية مع كون ١٠,٣% منهم حصلوا على تدريب كلامى لتخفيف بعض إضطرابات النطق.

لقد تعددت مفاهيم التلعثم في مختلف الدراسات ورغم ذلك كان يوجد اختلاف بين بعض الباحثين في اختيار المفهوم المناسب ، والبعض الاخر اتفق في الوصول إلى لبعض المفاهيم حيث عرف التلعثم منذ العصور القديمة ، حيث وجد التلعثم مرسوم ومصور في الكتابة الهيروغليفية للمصريين القدماء حيث تحدث عنة الطبيب المشهور ابوقراط.

لا شك أن الخجل (الخوف الاجتماعى) يعد أحد المشكلات الشائعة لدى الأطفال ، فهم لا يجرؤون على القيام بأى تصرف دون وجود الأهل ، فالطفل الخجول طفل مسكين بائس يعانى من عدم القدرة على الاختلاط مع زملائه فى المدرسة والمجتمع وغالبا ما ينمو الأطفال والخجل يرافقهم ، فعندما يبلغ الطفل السنة من عمره قد يغطى عينيه خجلا ويصبح هادئا ويختبئ خلف والدته ، وعند عمر ٢-٣ سنوات قد يبكى الطفل عند تركه مع أطفال أخرين كونه لا يستطيع مشاركتهم فى اللعب حيث يقف ساكنا فى غير سعادة.

ويعتبر تقدير الذات موضوع مركزى فى حياة الأنسان ، وليس مفهوما مجردا ، وهو موضوع أساسى للعديد من الدراسات ، والنظريات ، والتطبيقات النفسية ، وتعود بداية الدراسات حوله إلى عام ١٩٨٠م ممايجعله من أقدم مواضيع علم النفس.

فهرس الموضوعات

الفصل الأول

التدريب الكلامي

مفهوم التدريب الكلامي

فنيات التدريب الكلامي

دور الأسرة فى التدريب الكلامي

تقييم التدريب الكلامي

دراسات تناولت التدريب الكلامي واضطرابات الكلام

الفصل الأول

التدريب الكلامي

التدريب الكلامى Speech Training:

يعد التدريب الكلامى وطريقة تطبيقه فعالة فى علاج أمراض إضـــطرابات النطق والكلام ويهتم بشكل أساسى بتحسين وظائف النطق والكلام والاستعانة بإرشادات المعالج وتقليده.

ولذلك يستخدم التدريب الكلامى فى كثير من إضطرابات النطق والكلام لكثرة انتشارها بين الأطفال وبعيدا عن النسبة العالية لأنتشار إضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال فإن نسبة كبيرة من أطفال بعض المدارس فى الولايات المتحدة يعانون من إضطرابات النطق ، وقد أشار تقرير طبى إلى انتشـــار إضـطرابات النطق لدى ١٤,٢% من الأطفال فى المرحلة الابتدائية مع كون ١٠,٣% منهم حصـــلوا على تدريب كلامى لتخفيف بعض إضـــطرابات النطق(Rigby, M. & Cheshaml, I.,1981,451).

كما يهدف التدريب الكلامى إلى الوصـول إلى النطق على مسـتوى المقطع أو الكلمة فيتسـم بالنطق السليم وبالنسبة لبعض المتحدثين سوف يؤدى هذا إلى وضوح أكثر يقترب من الكلام الطبيعى ،وبالنســبة لمن يعانون من إعاقات ســمعية فإن هدف التدريب الكلامى هو تعليم النماذج الكلامية الجديدة وزيادة درجة وضـــوح كلامهم ،وبالنســبة للأفراد الذين لديهم عيوب فى جهاز النطق يهدف التدريب الكلامى إلى إزالة النماذج الكلامية التى لا تنطق بشكل جيد حتى يتمكن مثل هؤلاء المتحدثين من تحقيق نماذج كلامية واضحة وطبيعية بدرجة كبيرة (Oster,2002,48).

كما يهدف التدريب الكلامى إلى تعليم بعض الأطفال نماذج كلامية جديدة والعمل على زيادة درجة وضوح كلامهم بالنسبة للأطفال الذين لديهم عيوب فى جهاز النطق.

مفهوم التدريب الكلامى:

التدريب الكلامى هو برنامج مخطط لتحسين القدرة على الكلام وتصحيح إضطرابات النطق لدى من يعانون من إعاقة فى التواصـــل اللغوى (الكلامى) أو فى التوافق الكلامى ولا يتوقع لهم تقدم أو تحسـن من خلال النمو أو النضـج العادى وحده(عبدالعزيز السـيد الشـخص وعبدالغفار الدماطى ، ١٩٩٢، ٤١٦).

و هو تعليم الكلام من جديد والتدرج من الكلمات والمواقف الســـهلة إلى الصـــعبة من خلال تدريب اللســـان والشـــفتين والحلق وكذلك تمرينات البلع والمضـــغ لتقوية عضـــلات الجهاز الكلامى وتدريبات التنفس والتروى فى الكلام مما يســـاعد المريض على اســـتعادة قدرته الكلامية فى المواقف المختلفة (Weir & Bianchet,S .,2004,1970).

كما أن التدريب الكلامى يقوم على طريقة الإسترخاء الكلامى والتمرينات الإيقاعية فى الكلام والتعلم الكلامى من جديد والتدرج فى الكلمات والمواقف السهلة إلى الصعبة وتدريبات اللسان والشفاه والحلق (مع الاستعانة بمرآة) وتمرينات البلع والمضـغ (لتقوية عضـلات الجهاز الكلامى) وتمرينات التنفس وإسـتخدام طرق تنظيم سـرعة الكلام (التروى والتأمل) والنطق المضـغى وتمرينات الحروف الساكنة والحروف المتحركة (حامد عبدالسلام زهران ، ٢٠٠٥، ٤٣).

و التدريب الكلامى هو علاج ضرورى ومكمل للعلاج النفسى ويشخص فيه تدريب المريض على طريقة الإسترخاء فى الكلام وتمرينات النطق الإيقاعية لتعليم الكلام من جديد وتدريجا من خلال إسـتخدام السـجلات الصـوتية دون أن تمس العوامل النفسـية التى هى مكمن الداء(عبدالمنعم عبدالقادر الميلادى ، ٢٠٠٦، ١٠٨).

ويقصـــد بالتدريب الكلامى إســـتعادة قدرة الطفل على التحدث بطلاقة فى المواقف المختلفة ويهدف هذا العلاج إلى تقويم قدرته على الكلام، ومن الأســـاليب المســـتخدمة لتحقيق ذلك الإســـترخاء الكلامى وتمرينات تعلم الكلام من جديد وهذا العلاج يتم على يد خبراء ومعالجى أمراض الكلام عند الأطفال(سامى محمود ملحم ، ١٩٩٣،١١٢-١١٤).

من خلال العرض الســابق لمفاهيم التدريب الكلامى إتضــح للباحث أن التدريب الكلامى يقوم على بعض الفنيات التى تسـتخدم فى علاج إضـطرابات النطق والكلام ومن هذه الفنيات (الإسـترخاء الكلامى ـــــ وتعلم الكلام من جديد - والنطق بالمضغ ، إعادة التدريب على العادات الكلامية والقراءة المتزامنة) كما إتضـــح أن العلاج يقوم على بعض التدريبات كتدريبات الجهاز الكلامى وتدريبات الجهاز التنفسى وكذلك تدريبات الجهاز الصوتى .

فنيات التدريب الكلامى:

يعتمد التدريب الكلامى على عدة طرق لمساعدة الطفل على تقليل بعض إضطرابات النطق والكلام ومن هذه الطرق ما يلى:

أ- الإسترخاء الكلامى:

لقد تم التأكيد على هذه الوسيلة العلاجية من قبل بعض المعالجين لأنها تعطى تحسنا سريعا وتلقائيا فى الكلام وتؤدى إلى إنخفاض نسبة التوتر العصبى كما أن ممارسة أسلوب الإسترخاء بانتظام يؤدى إلى الشعور بالراحة وتخفيف التعب البدنى والذهنى وفى الوقت نفسه يساعد على الهدوء النفسى الذى يؤدى إلى زيادة الكفاءة والثقة فى القدرة على مواجهة الحياة. كما يتم العلاج من خلال تدريبات فى ممارسة التفكير بعمق ثم تدريبات على النطق مع التنفس العميق وحركات تحررية سهلة لعضلات الوجه ، وممارسة السهولة أثناء الكلام و تزيد الثقة وتعمل على تنمية نموذج لكلام إيقاعى سهل دون مجهود مما يؤدى إلى انخفاض بعض إضطرابات النطق والكلام (سهير محمود أمين ، ٢٠٠٥، ٢٠٤-٢٠٥).

كما يهدف الإسترخاء الكلامى إلى إرتباط خاص بين الشعور بالراحة أثناء الكلام والباعث الكلامى نفسه ، ويقوم هذا الإسترخاء الكلامى على إعداد قائمة تمارين تبدأ بالحروف المتحركة ثم الحروف الساكنة ثم تمرينات تتضمن كلمات تصاغ فى جمل وعبارات وعادة يبدأ المعالج بقراءة الحروف والكلمات والجمل بهدوء واسترخاء ويطلب من المريض تقليده بنفس الطريقة والنغمة ثم يلى ذلك تمرينات فى شكل أسئلة بسيطة تؤدى إلى أسلوب هادئ ، وتهدف هذه الطريقة إلى تخليص المريض من إضطرابه عن طريق ربط الكلام بالشعور بالراحة حيث يطلب من المريض تقليد ما يسمعه من المعالج وفقا للنغمة التى يسمعها فى جو تسودها الترتوى والتمهل (فيصل محمد الزراد ، ١٩٩٠، ١٩٥-١٩٦) ، (عبدالمطلب أمين القريطى ، ١٩٩٨، ٣٤٨) ، (حسن مصطفى عبدالمعطى ، ٢٠٠٣، ١٨٧).

كما أن تدريب الطفل على ضبط عملية التنفس بشكل صحيح أثناء إخراج الكلام يساعد على استرخاء الثنايا الصوتية وتجنب تعثر النطق.

فتنظيم عملية التنفس تساعد بشكل كبير فى عملية الإسترخاء كما تقلل من التوتر والشد المفاجئ للثنايا الصوتية ما تساعد على نطق بدايات المقاطع والأصوات الساكنة اللهائية والتى تعتبر من أصعب المخرجات الكلامية عند الأطفال الذين يعانون من إضطرابات النطق والكلام.

كما يتضمن أسلوب الإسترخاء تدريب الفرد على الإسترخاء أثناء الكلام وبالتإلى يلزم معرفة كيفية ممارسة برنامج الإسترخاء لمختلف أجزاء الجسم عامة وأجزاء جهاز النطق والكلام خاصة كما أن هذا الأسلوب يتطلب تدريب الفرد جيدا على ضبط النفس ، وتعلم الإسترخاء بمفرده كى يستطيع تعميم نتائج ذلك خارج جلسات العلاج وفى مواقف الحياة العادية (عبدالعزيز السيد الشخص ، ٢٠٠٧، ٣٠٥).

ب- تمرينات تعلم الكلام من جديد:

ولما كان التحسن الذى يصيب المريض من ممارسة طريقة الإسترخاء الكلامى إنما هو تحسن وقتى ، فقد دعمت هذه الطريقة بتمرينات تعلم الكلام من جديد وهى تمرينات يشجع فيها المريض على الاشتراك فى بعض المحادثات التى تنسيه إضطرابه مثل المناقشات الجماعية (مصطفى أحمد فهمى ، ١٩٧٥، ٢٢١).

كما أن تعليم الكلام من جديد يقوم على تشجيع المريض على الاشتراك فى أشكال مختلفة من المحادثات التى تنسيه مشكلته وكل ما يتصل به من قريب أو بعيد كالألغاز والمناقشات الجماعية والتى تقوم على اللعب والتسلية والكلام الحر الطليق. ومن خلال هذه المحادثات الجماعية فإن الأطفال يتصايحون ويتدافعون ويصفقون للإجابة الصحيحة دون رقابة أو ارتباك (حسن مصطفى عبدالمعطى ، ٢٠٠٣، ١٨٧).

وقد ثبت أن طريقة المناقشة الجماعية طريقة مفيدة خاصة إذا تنأولت مشكلات هامة وكانت المناقشات بشكل حر دون رقابة أو ارتباك.

كما أن إعادة التدريب على العادات الكلامية السليمة يترك فيها الطفل المصاب أن يقرأ فى كتاب مناسب لمستواه التعليمى ، على أن تتم طريقة القراءة ببطء شديد بأسلوب هادئ ومريح ، وعندما تحدث الإعاقة الكلامية يتوقف عن القراءة ويسترخى ثم يبدأ فى القراءة ثانية بأسلوب مريح ، وقد يكون من المفيد أن نقدم ضوءا أحمر كمؤشر عندما تحدث الإعاقة حيث تعتبر كإشارة للتوقف عن القراءة والإسترخاء ثم معأودة القراءة (سهير محمود أمين ، ٢٠٠٥، ٤٨).

جـ- طريقة تمرينات الكلام الإيقاعى:

وفى هذه الطريقة تستخدم الحركات الإيقاعية ، وتفيد هذه الطريقة فى صرف إنتباه المصاب عن مشكلته وتؤدى فى نفس الوقت إلى سرور المصاب وتعأونه ، ويمكن أن تطبق هذه الطريقة بعدة أساليب منها النقر بالأقدام– النقر باليد على الطأولة –الصفير– الخطوات الإيقاعية أو القراءة الجماعية أو الكورال حيث أن هذه الطريقة مسلية للطفل وتبعده عن مشكلته (Pfordresher, 2003, 944) .

وتقوم طريقة الكلام الإيقاعي على أساس إستخدام التمرينات والحركات الإيقاعية للمساعدة فى تحويل صرف إنتباه الطفل عن كلامه المضطرب وتشجيعه على ترديد الأصوات والمقاطع والكلمات بشكل مشوق (Kalinowski, & Saltuk Laroglut, 2003, 534) .

كذلك توجد تمرينات أخرى تابعة لتلك الطريقة كالتدريب على الكلام أثناء المشى أو إستخدام حركات الذراع بين كل نبرة صوتية أو إستخدام نقرات على المائدة أثناء التدريب على الربط بين إيقاع معين وصوت معين ، وهذه التدريبات تساعد على تقليل حدة التوتر والارتباك التى يتولد عن طريقها الإضطراب وتجعله أكثر ارتياحاً(Vaccaria & Marschark, 2015, 38-39) .

د- القراءة المتزامنة:

تعتبر القراءة المتزامنة أسلوبا من أساليب العلاج السلوكى وفيها يقرأ كل من المفحوص والمعالج متلازمين فى النص نفس الموضوع أمام كل منهما مما يؤدى إلى التحويل الجزئى لادراكات المفحوص عن أصوات كلامه إلى أصوات كلام المعالج. ويتم العلاج من خلال مجموعة من البطاقات تتدرج فى محتوياتها من كلمات ذات مقطع واحد إلى كلمات ذات أربع مقاطع ، ثم بطاقات تشمل جمل وفقرات ، وفى البداية يقوم المعالج بقراءة الكلمات أمام المفحوص بصوت هادئ مشبع بالإسترخاء وبسرعة منتظمة ، ثم يطلب منه أن يقرأ معه فى وقت واحد ويتم تكرار ذلك عدة مرات وفى الخطوة التالية يطالب المفحوص بقراءة الكلمات بمفرده. فإذا إجتاز ذلك بنجاح قدم له تعزيزا لفظيا وأحيانا تعزيزا ماديا. أما إذا أخفق فعلى المعالج أن يعأود تدريبه مرة أخرى حتى يمكنه اجتياز الخطوة إلى الخطوة التالية والتى تشتمل على الكلمات أكثر صعوبة (سيد أحمد أحمد البهاص ، ١٩٩٣، ٦٠).

وتعتمد طريقة القراءة المتزامنة على صـــرف إنتباه المريض وفيها بقراءة المعالج والطفل (المريض) معا فى أن واحد قطعة قراءة معينة ويشمل هذا الأسلوب أيضـا تدريب الطفل على الكلام أثناء سماع أصوات معينة (أناشيد أو حكايات أو قصص أطفال) وكذلك تدريبه على إخراج أصوات الكلام فى صورة مقاطع صوتية منتظمة من حيث توقيت الخروج ونغمة المتصل (منى توكل إبراهيم ، ٢٠٠٦، ٦٠).

كما تتم هذه الطريقة أيضـا بأن يقوم المعالج بالقراءة المتزامنة فى كتاب بصـوت هادئ مشبع بالإســـترخاء كلمة كلمة وبســـرعة منتظمة دون أن يهتم المريض لكل كلمة ويقوم المريض بترديد كلمات المعالج كما يســمعها تماما وبنفس النغمة الصـــوتية دون أن يفكر فى معنى الكلمة. وقد يكلف المعالج المريض بعمل تدريبات منزلية بأن يردد وراء شـــريط مســجل عليه صـــوت المعالج بنفس الطريقة المذكورة خلال مدة زمنية محددة. أما عن الأسـاس النظرى الذى بنيت عليه تلك الفنية فيمكن اعتبارها أسـلوبا من أســاليب العلاج السـلوكى الذى يعتمد على تعديل الاسـتجابات اللغوية المتعلمة وغير المناسـبة إلى اسـتجابات لغوية مناسـبة تعمل على إحداث إرتباطات شـرطية بين مثير هو كلمة المعالج واسـتجابة هى كلمة المريض والتى تأتى بعد كلمة المعالج مباشـرة والتى تتزامن معها وكأنها ظل لها (سيد أحمد أحمد البهاص ، ١٩٩٣، ٥٢-٥٣).

والتلاميذ الذين يعانون من صعوبات فى القراءة ، يستخدموا أسلوب القراءة المتزامنة ، حيث يقوم كل من التلميذ والمعالج بالقراءة معاً (فى نفس الوقت) بصوت عال وبمعدل قراءة سريعة ، وفيها يقرأ التلميذ والمعالج المادة بانسجام وتوافق ، فإن صوت المعالج يوجه إلى أذن التلميذ ، ويشجع التلميذ أيضاً بأن يمر بإصبعه على طول السطر ومن أهم أهداف هذه الطريقة هو قراءة أكبر قدر ممكن من الكلمات (Swanson & Philip, 2012, 290).

هـ- طريقة النطق بالمضغ:

يعتبر النطق بالمضـغ من الأسـاليب الأكثر فعالية فى علاج إضـطرابات الكلام فثمة اتفاق بين معالجى الكلام إلى أن من أهداف العلاج تعديل المفهوم الخاطئ لدى بعض المرضـى والمتمثل فى أن الكلام مهمة صـعبة للغاية ومهمة المعالج إثبات عكس ذلك وأن الكلام أمر سـهل كما أن أى فرد يمكن أن يمارس عملية المضغ اثناء الحديث رغم أن العضلات ذاتها هى التى تقوم بالوظيفتين معا (المضغ والكلام)

أى أن هناك تكامل بين الوظيفتين ، هذه المسلمة كانت هى نقطة البداية فى طريقة فروشلز Froschels للعلاج فعند شرح الفنية للمريض يطلب منه المعالج أن يمارس المضغ فى صمت متخيلا أنه يمضغ قطعة من اللحم ويمثل ذلك أمامه ، فإذا ثبت أن الطفل يمارس عملية المضغ فى أوضاعها الصحيحة. طلب منه أن يمارسها بصوت مرتفع كواجب منزلى مرات عديدة وبعد ذلك يعأود المعالج حيث يدربه على ممارسة عملية المضغ مع النطق ، ويلاحظ أن هذه الطريقة كانت أكثر فعالية فى علاج الأطفال(سيد أحمد أحمد البهاص، ١٩٩٣، ٥١).

كما أن هذه الطريقة تعتمد هى الأخرى على صرف الأنتباه وتقوم على تشجيع المريض على إجراء حركات المضغ كما لو كانوا يتنأولون طعاما وأن يخرج الصوت أثناء مضغه ويتحدث بطريقة المضغ وبذلك تهدف هذه الطريقة إلى تحويل إنتباه الطفل عن نطقه الخاطئ وتخفيف وطأة الخوف من كلمات معينة ، فالطفل يمضغ الكلمات التى يخاف منها ويتهيب نطقها وينطقها بصورة صحيحة (مصطفى أحمد فهمى ، ١٩٧٥، ٢٢٤-٢٢٥) ، (فيصل محمد الزراد ، ١٩٩٠، ١٩٨-١٩٩) .

تهدف أيضاً إلى نزع ما فى ذهن الطفل من أن الكلام صعب عليه يجعله يضع شيئاً فى فمه ثم يسأل عن بعض الأمور من خلال المضغ وبالتإلى سيركز على ما فى فمه من مادة ممضوغة من دون الاهتمام بالكلام (Swanson & Philip, 2012, 209).

ومن خلال العرض السابق لبعض فنيات التدريب الكلامى فإنه سوف يتم الجمع بين بعض هذه الفنيات فى برنامج التدريب الكلامى بصورة مدعمة ومكملة لبعضها البعض بهدف تخفيف بعض إضطرابات النطق ومساعدة الطفل على تصحيح عيوب نطقه.

كما يمكن إستخدام فنيتى المحاضرة والمناقشة الجماعية حيث يلعب فى هذا الأسلوب عنصر التعلم وإعادة التعلم دورا رئيسيا حيث يعتمد أساسا على إلقاء محاضرة سهله على المرضى يتخللها ويليها مناقشات ،ومن أهداف المحاضرة والمناقشة الجماعية تغيير الاتجاه لدى المرضى ، فى حين أن أعضاء الجماعة العلاجية متجانسة من حيث نوع الإضطراب.

ولذلك إستخدام أسلوب المحاضرة والمناقشة الجماعية العلاجية على نطاق واسع فى الوقاية وخاصة فى المدارس والمؤسسات (إجلال محمد سرى ، ٢٠٠٠، ١٣٨).

دور الأسرة فى التدريب الكلامى:

تؤكد الاتجاهات الحديثة على أهمية ربط العلاج بالوالدين ولذلك فقد أوصـــت الجمعية الأمريكية للكلام واللغة والســمع (A.A.L.S.L.H) فى تقريرها لعام ٢٠٠٠ الأباء بأن يتكلموا ببطء مع أطفالهم وأن يحددوا عددا الأســئلة وان يتجنبوا المقاطعة والأنتقادات الموجهة للطفل (إيمان فؤاد الكاشف ، ٢٠٠٥، ١٩٦).

و ينبغى أن يشجع الوالدان على المشاركة على نحو نشط أثناء جلسات التدخل العلاجى ، وما هو أهم من ذلك أن يستخدموا الاستراتيجيات فى سياقات أخرى ، كما أن الاتصال هو الوسيلة الهامة لدى الأسرة من أجل بناء علاقات مع أطفالهم (Carmen, P. & Autonio, Y.,2002,231).

و أثناء مشـــاركة الأمهات فى جلســات التدخل الكلامى يتم التأكيد على أهمية إســتخدام استراتيجيات التحدث مع الطفل (الإرتباط بالمعنى) فى سياق خاص ، وإستخدام اللغة يتواجد دائما فى سياق وأن ذلك السياق يكون أساسا فى التوصل إلى المعنى ، وكلما كان السياق أكثر تكرارا وأكثر قابلية للتنبؤ به كلما كانت عملية تعلم اللغة سهل فالأطفال يكتسبون اللغة على نحو أيسر إذا ما كانت فى سياق يتسم بالاستمرارية فعلى كل فرد أن يصل إلى المعرفة من خلال تفاعلات مع البيئة المادية والاجتماعية (Wynand,2009,403).

وغالباً ما ينخفض لدى الأطفال حدة الإضطرابات الأنفعالية وذلك من خلال اتصال الأطفال بشكل ناجح فإنهم بحاجة إلى المشاركة بشكل دائم مع الوالدين لكى يتيحا للأطفال أن يتعلموا الاتصال على نحو طبيعى ، حيث تنمية إدراك الطفل للبيئة المحيطة وتنمية ثقته بنفسه ، وأن يتخذوا من الراشدين نماذج لهم من الناحية الاجتماعية (Susan & Fincham, 2011, 29)

كما أن السياق اللغوي يكون أساساً فى التوصل إلى المعنى ، وكلما كان السياق أكثر تكراراً وأكثر قابلية للتنبؤ به كلما كانت عملية تعلم اللغة أيسر ، فالأطفال يكتسبون اللغة على نحو أيسر إذا ما كانت فى سياق يتسم بالاستمرارية فعلى كل فرد أن يصل إلى المعرفة من خلال تفاعلات مع البيئة المادية والاجتماعية (Wynand, 2009, 406) .

فالطفل المضطرب لغويا لا يتمكن من التفاعل السليم مع الآخرين ، ويسعى للابتعاد عن المجتمع ، ولا يرغب فى الحركة أو النشاط وبذلك يصيبه القصور فى جميع جوانب نموه ، لذلك يحتاج الطفل إلى رؤية اجتماعية تعرفه بالبنية الاجتماعية والتى ترى أن الطفل يتطور وينمو فى ثقافات راسخة اجتماعياً.

وينبغي أن يتعأون المعالج الكلامي مع المدرس ومع الوالدين ، ويشتركان فى توجيه وتدريب الطفل ، ويتعأون المعالج الكلامي فى توجيه وتدريب الوالدين بوصفهم المنفذ الرئيسى لعلاج بعض إضطرابات التواصل اللغوي فالأطفال يمكنهم أن يتعلموا التفاعل والتواصل فى كل اتصال بينشخصى ، ولا يجب أن تقتصر المحأولات لتدعيم النمو والتطور والاتصال على الأنشطة الكلينيكية والتعليمية المباشرة ، ولكنه يجب أن يشتمل على التفاعل الطبيعى للطفل (Gilliam, 2012, 16) .

تقييم التدريب الكلامى :

إن التأثير المتوقع للعلاج الكلامي هو نقل المهارات لمواقف لا تخضع للتدريب بهدف التوسع فى النظام الصوتي لدى المتحدث ولجعل النطق الأفضل لدى المتعلم هو النطق العادي (منى توكل إبراهيم ، ٢٠٠٦ ، ١٤) .

وتعتمد التدريبات على أساس المهارات الموجودة وسوف تحدد الفروق الفردية المادة التدريبية الخاصة لكل حالة ، والترتيب المختار للتدريب بأسلوب حس حركى ، ويتم تقديم التدريبات فى مستويات مختلفة (حرف – كلمة – عبارة – جملة) بحيث يكون التدريب على الحرف يؤدى إلى التدريب على الكلمة ويلى التدريب على الكلمة التدريب على العبارة ثم الجملة

(Maltz & Jennifer, 2004, 36) .

وأساليب التعزيز المستخدمة يمكن أن تكون عديمة الفاعلية فى التدريب الكلامى إذا قدمت عشوائياً أو دون ربطها بإنجازات حقيقية أصيلة ومحددة ، حيث يحتاج الأطفال إلى تقدير إنجازاتهم من أجل التواصل كأفراد فى جماعات وذلك لتشجيعهم على العمل والتواصل مع الآخرين

(Briggs, 2003, 189) .

وينبغي أن يجرى التقييم عند كل مرحلة من عملية العلاج هذه من خلال تصميم تغذية رجعية تقييمية على نحو خاص ، ولا ينبغي أن تزيد فترة التدريب لكل طفل عن الوقت المخصص للجلسة حتى يتم التدريب بكفاءة ، كما ينبغي أن يقوم المعالج بهذا التقييم عن طريق مقارنة المادة النصية الخاصة المسجلة والتى يقرأها الفرد قبل وبعد التدريب ، وعندما يتعلق الأمر بالطفل الذى يستطيع القراءة يجب أن تعتمد هذه المادة التقييمية على المادة التوضيحية .

وتعتبر التغذية الرجعية التقييمية هى نواتج التعلم المرغوبة فقد تؤدى إلى تحسينات ملموسة إذا ارتبطت باستراتيجيات أو معلومات أو أعمال محددة مع تضمينها كيف يحسن الطفل تعلمهم وتدريبهم بأصوات مفردة تنبع بمقاطع مكررة ، بدائل بديلة مكررة ذات نماذج مختلفة من التشكيل والمخارج من أجل تقوية تمكن الفرد من ضبط نفسه (قوة النفس – الطبقة – الفترة – جودة الصوت) ثم يلى ذلك التدريب على كلمات تحتوى على الصوت ثم عبارة قصيرة تحتوى على الكلمة(Pinker, 2007, 33) .

وينطوي التدريب الكلامى للاطفال المتلعثمين على إعداد مسبق للمادة المستهدف تدريسها فى ضوء تقويم جوانب القوة وجوانب الضعف لديهم ، ولابد من الأخذ فى الاعتبار المسلمات الأساسية التالية :

- كل تلميذ مختلف عن الأخر وأن مجموع اختلافاته المتمثلة فى القدرات والمهارات ، والحاجات ، والميول ، والأنجاز والدفاعية ، ونقاط القوة والضعف لديه تكون شخصيته .
- يجب أن تتاح الفرصة الكافية لكل تلميذ لكى ينمو ويتعلم ويتفاعل وفقاً لمعدله الخاص وخصائصه النوعية المتفردة (Hilary, 2013, 36) .

دراسات تنأولت التدريب الكلامي وإضطرابات النطق والكلام .

ومن الدراسات التى إهتمت بالتدريب الكلامى ،دراسة كل من إيلين إسكارس Eileen (Escarce, 2010)إذ استهدفت الدراسة محأولة تقييم مهارات التواصل اللغوي لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة باعتبارها تعد عاملاً تنبؤياً لمستوى القدرة على القراءة فى المستقبل ، وكذلك محأولة تقييم المهارات اللغوية أو تحديد مؤشرات الإصابة بعسر القراءة ، وتكونت عينة الدراسة من ٤٠ طفلاً وطفلة لديهم صعوبة فى النمو اللغوي وتترأوح أعمارهم ما بين (٢ – ٦) سنوات ومجموعة ضابطة، وتمت متابعة هؤلاء الأطفال جميعاً . وأشارت نتائج الدراسة على وجود فروق دالة إحصائية فيما يخص القدرة على القراءة عند سن السادسة بين المجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية ، وأوضحت أن مشاركة الأمهات فى جلسات التدريب الكلامي هى الوسيلة الهامة فى تقليل الأنتقادات الموجهة للطفل ، ومساعدة الطفل فى التفاعلات الجيدة ، فالأم هى أقرب فرد للطفل ، فهى تلعب دوراً بالغ الأهمية فى النمو اللغوي للطفل .

وكذلك دراسة إسواين (Eswine, 2012) استهدفت الدراسة محأولة المقارنة بين التخاطب اليومي بالحياة اليومية للطفل وجلسات علاج النطق وذلك لمدة ١٢ شهراً تحت الملاحظة الدقيقة للأطفال مع مشاركة الأمهات فى جلسات العلاج ، واستخدمت الدراسة برنامج تدريبي يتكون من جلسات التخاطب والنطق كان يتم تقييمها على فترات من ٦-١٢ شهراً ، وأوضحت نتائج الدراسة وجود تحسن كبير فى الإدراك السمعي والتمييز السمعي لصالح برنامج العلاج المستخدم وبمشاركة الأمهات وخاصة فى النطق التعبيري وتنمية القدرات اللغوية لدى الأطفال من خلال التفاعل الطبيعى بين الطفل والوالدين .

وهناك العديد من الدراسات التى تنأولت التدريب الكلامى وأنواع اخرى في علاج إضطرابات النطق والكلام مثل دراسة (حاتم محمد عاشور،٢٠٠٨) وتهدف الدراسة إلى الكشف عن فعالية العلاج السلوكى والتدريب الكلامى فى علاج إضطرابات النطق لدى الاطفال فى المرحلة الإبتدائية والكشف عن ايهما افضل فى العلاج،وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) طفل وطفلة من ذوى إضطرابات النطق تترأوح اعمارهم بين ٨-١٢ عام ، واستخدم الباحث مقياس إضطرابات النطق لدى الاطفال ،وبطاقة ملاحظة الطفل لإضطرابات النطق وبرنامج العلاج السلوكى وبرنامج التدريب الكلامى من اعداد الباحث ، وتوصلت الدراسة إلى فعالية التدريب الكلامى فى تخفيف بعض إضطرابات النطق لدى الاطفال فى المرحلة الابتدائية ،وانة اكثر فعالية من العلاج السلوكى ، واستمرار فعالية الجمع بين برنامج العلاج السلوكى والتدريب الكلامى فى تخفيف بعض إضطرابات النطق وذلك خلال فترة المتابعة.

وكذلك دراسة (محمود عبدالرسول جمعه ،٢٠٠٨) هدفت الدراسة إلى علاج التلعثم عند الأطفال فى سن الطفولة المتأخرة عند الجنسين وتقديم التغذية الراجعة وتكونت العينة من (٢٤) تلميذ وتلميذة بدولة الكويت لتلاميذ المرحلة الابتدائية بمتوسط عمر زمنى (١٠) سنوات ونصف ، وكانت العينة مجموعتين ضابطة (٦) إناث ، (٦) ذكور ، وتجريبية (٦) إناث ، (٦) ذكور ، واستخدم الباحث الأدوات التالية (استبانة التلعثم ، استمارة التلعثم ، برنامج السيكودراما للعلاج) وأسفرت النتائج عن إنه توجد فروق دالة إحصائية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدى ، وكذلك عن وجود علاقة إرتباطية بين اللعثمة ومصاحباتها ومدة العلاج ، وإستخدام أكثر من فنية فى العلاج ومشاركة الوالدين والعلاج الجماعى كان له الأثر الإيجابى فى العلاج.

ودراسة (عبدالعزيز ابراهيم سليم ،٢٠٠٩) وتهدف الدراسة إلى التعرف على فعالية التدخل العلاجى فى خفض حدة الاعاقة النوعية للغة واثرة علي تحسين جودة الحياة

وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفل وطفلة ممن تترأوح اعمارهم من (١٠-١١) عام وقسموا إلى مجموعتين ،(١٥) تجريبية، (١٥) ضابطة .

واستخدم الباحث قائمة ملاحظة السلوك اللغوى للطفل ومقياس جودة الحياة والبرنامج العلاجى اعداد الباحث. وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجى في خفض الاعاقة النوعية للغة لدى المجموعة التجريبية وكذلك تحسن جودة الحياة لدى هذه المجموعة .

ودراسة (ولاء احمد الريفى ،٢٠٠٩) وتهدف الدراسة إلى تطبيق طريقة سميث اكسنت لعلاج التلعثم وكذلك معرفة اثرها على سمات الشخصية لدى هولاء الاطفال .
وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفل متلعثم تترأوح اعمارهم ما بين ٩ـــ١٢ عام قسموا إلى مجموعتين ، تجريبية (١٥) طفل ،وضـابطة (١٥) طفل ،واستخدمت الباحثة مقياس ستانفورد بينية وإختبار شدة التلعثم ومقياس القلق للاطفال (فيولا الببلأوى) ومقياس السلوك العدوانى للاطفال (امال باظة) ،وتوصلت الدراسة تحسن واضح وكبير فى درجة التلعثم لدى الاطفال المتلعثمين بعد جلسات الطريقة ،وكذلك تحسن واضح فى سمات الشخصية مفهوم الذات والقلق والسلوك العدوانى نتيجة لتحسن التلعثم .

وكذلك دراسة (حسام عطية حسين ،٢٠١٤) وتهدف هذه الدراسة إلى خفض حدة اللجلجة لدى الاطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم وايضا تحسين السلوك التكيفى من خلال برنامج قائم على العلاج المطول.

وتكونت عينة الدراسة من(٨) اطفال يعانون من اللجلجة المعاقين عقليا القابلين للتعلم ترأوحت اعمارهم الزمنية بين(٨-١٠) سنوات،واستخدم الباحث اداة قياس شدة اللجلجة (سيداحمد البهاص) ومقياس السلوك التكيفى (فاروق صادق) وبرنامج العلاج المطول ،وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج المطول في علاج اللجلجة وتحسين مستوى السلوك التكيفى لدى هولاء الأطفال .

التعقيب على الدراسات السابقة :

في ضوء ما سبق عرض الباحث لأهم الدراسات والبحوث التى لها صلة بموضوع الدراسة والتى امكن الاطلاع عليها وذلك للإستفادة منها في مجال الدراسة الحالية، ومن خلال ما سبق نستنتج ونلاحظ أن نتائج الدراسات تؤكد على أن اساليب وطرق علاج التلعثم تعددت وتنوعت نظرا لتعدد الاساليب والنظريات المفسرة لمشكلة التلعثم ، ويبدو من خلال العرض السابق أن التدريب الكلامي أو العلاج الكلامي هو من افضل الاساليب العلاجية مع التلعثم وذلك نظرا لتعدد فنياتة وهو يحتوى ايضا على السيكودراما أو المسرح المدرسى مما يساعد الأطفال المتلعثمين على نسيان مشكلتهم الحقيقية ، وهناك بعض الدراسات التى إهتمت ببعض الفنيات مثل علاج التلعثم عن طريق العلاج الظلى أو الممارسة السلبية وهناك بعض الدراسات التى إهتمت بمشاركة وارشاد الوالدين في العلاج مما كان لة افضل الاثر في علاج التلعثم.

الفصل الثانى
التلعثم

- تعريف التلعثم
- التعقيب على التعريفات
- أسباب التلعثم
- مظاهر التلعثم
- شدة التلعثم
- أنواع التلعثم عند الأطفال
- مراحل التلعثم
- علاج التلعثم
- الخصائص النفسية للمتلعثمين
- الدراسات التى تناولت البرامج التدريبية في علاج التلعثم
- تعقيب عام على الدراسات السابقة

الفصل الثاني

التلعثم

التلعثم Stuttering:

تعريف التلعثم :

لقد تعددت مفاهيم التلعثم في مختلف الدراسات ورغم ذلك كان يوجد اختلاف بين بعض الباحثين في اختيار المفهوم المناسب ، والبعض الاخر اتفق في الوصول إلى لبعض المفاهيم حيث عرف التلعثم منذ العصور القديمة ، حيث وجد التلعثم مرسوم ومصور في الكتابة الهيروغليفية للمصريين القدماء حيث تحدث عنة الطبيب المشهور ابوقراط (٣٧٧-٤٦٠ ق- م) (منى توكل،٢٥،٢٠٠٨).

ولقد استخدمت عدة مصطلحات عربية للاشارة إلى إضطراب طلاقة الكلام منها : التمتمة، والفأفأة ،والرتة ، والعقلة ، والتلعثم ، واللجلجة ،وعى الكلام وكلها تعبر عن الكلام المضطرب الذى يتضمن تكرار الاصوات والمقاطع الصوتية ، والتردد أثناء الكلام ، والتوقف اللاإرادى ، وعدم الكلام بطلاقة.

ويبدو أن هذه المشكلة جذبت انتباة الفلاسفة والباحثين منذ القدم ، فقد تحدث عنها فلاسفة الاغريق ، وعرفوها بانها حالة تتضمن تشنج الكلام ، وعرف ارسطو التلعثم بانة عدم قدرة الفرد على الاسترسال في الحديث (عبد العزيز السيد الشخص ،١٩٩٧،٢٧٧).

وقد عرف التلعثم في معجم علم النفس والتحليل النفسي(١٩٩٣) بأنة عدم قدرة الفرد على التعبير اللفظى الطليق والتلقائى ، ويتمثل ذلك في احتباسات حادة وتكرار لبعض المقاطع وحشرجة في عملية التنفس وانقباضات في عضلات الوجه (فرج عبدالقادر طه واخرون ،١٩٩٣،٣٨٣).

وجاء التلعثم في قاموس التربية (١٩٨١) بأنة إضطراب في الكلام يتميز بانقباضات وتوتر واهتزاز الاجهزة العضلية المشتركة في الكلام(محمد على الخولى،١٩٨١،٤٧٣).

كما عرف في القاموس النفسي بأنة مصطلح يشيرإلى عدد من إضطرابات اعادة أو تطويل لأصوات معينةأولمقاطع أوكلمات (Reber,1985,740).

وقد ورد التلعثم في معجم علم النفس والطب النفسى (١٩٩٥) بمعنى تكرار للاصوات أو المقاطع أو الكلمـات وإطـالـة لهـا مع تردد وانقطـاع يعوق الكلام ، فهو إضـــطراب في ايقـاع الكلمـة (جابرعبدالحميد،علاء كفافى،١٩٩٥،٣٧٦٧).

والتلعثم عبارة عن إضــطراب في عملية إخراج الصــوت نتيجة لأنعكاس اتســاع مجرى الهواء ، وهو سرعة فتح لسان المزمار أثناء الشهيق ، ونتيجة لإرتفاع ضغط الهواء تحت لسان المزمار أثناء الزفير (عبد العزيز الشخص ،١٩٩٧،٢٧٨).

ويعرف التلعثم بأنة إضـطراب في الدور الاجتماعي للذات وينشـأ من الصـراع بين الذات والادوار الاجتماعية التى تلعبها ، وليس إضطراب في الكلام ذاتة ويتنوع تبعا لدور كل من المتحدث والمستمع (سيداحمد البهاص ،١٩٩٣،٢٥).

كما يشـــار إلى التلعثم بأنة عدم طلاقة غير طبيعية وثابتة في الكلام مصـــحوبة بأنســـاق ســـلوكية ومعرفية تختلف عن الطلاقة الطبيعية (Lendera,2004,221).

والتلعثم هو نوع من التردد والإضـــطراب فى الكلام حيث يردد الفرد المصـــاب حرفا ، أو مقطعا ، ترديدا لا إراديا مع عدم القدرة على تجأوز ذلك إلى المقطع التالى ، والتلعثم حالة تواترية اهتزازية ، وهى تشــبه حالة اعتقال اللســان حيث يعجز الفرد عن إخراج الكلمة أو المقطع اطلاقا إلا أن حالة اعتقال اللسان أشد من حالة التلعثم ، وتأخذ حالة اعتقال اللسان شكل تشنج أو توتر ، وجرت العادة لدى باحثى اللغة إســتخدام أحد اللفظين للإشــارة إلى الأخر ، لأنه غالبا ما توجد الحالتين معا ، ويطلق على ذلك بالعامية اســـم (تهتهة) أو اللجلجة فى الكلام ، ويعتبر إضـــطراب التلعثم ، واعتقال اللســان من إضـطرابات التلفظ ، مع العجز عن التلفظ والتردد فى النطق ، وباختصــار أن التلعثم هو إضـــطراب يغلب عليه أن يكون وظيفيا ، وهى إضـــطراب فى توصـــيل المعلومات للأخرين ولهذا الإضـطراب أســاســه النفســى والاجتماعى ، والتلعثم كان ومازال موضــع نقاش ودراســات من قبل الباحثين (فيصل محمد خير الزراد ، ١٩٩٠، ١٥٧-١٥٨).

ويعرف التلعثم بأنه أحد إضـطرابات النطق والكلام وهو إضـطراب فى إيقاع الكلام وطلاقته يتميز إما بالتوقف اللاإرادى أو التكرار أو الإطاله لأصوات الكلام (آمال باظة ، ٢٠٠٣، ١٣٣).

والتلعثم فى اللغة "تلعثم عن الأمر تكل وتمكث وقيل معناه الأنتظار أما فى الاصـطلاح فقد أدخله بعض الباحثين ضمن مظاهر اللجلجة ومنهم من يجعله مرضا مستقلا ينبغى أن ينظر إليه على حدة والتلعثم كما عرفه بعض الدارسين المحدثين هو: حديث متقطع غير إرادى تصحبه إعادة متشنجة مع إطالة للمخارج الصوتية وحدده باحث أخر بإنه العجز عن نطق أى كلمة كاملة واحدة (حامد أحمد سعد ، ١٩٩٨، ١٧٢).

وهو "كلام يتميز بتكرار سـريع أو تطويل فى الأصـوات أو المقاطع اللفظية أو الكلمات ، أو بترددات وانقطاعات كثيرة ، تقطع الأنسياب الإيقاعى للكلام" (أحمد عكاشة ، ١٩٩٩، ٣٠٣).

وهو "تقطيع متكرر لمجرى الكلام يحدث فيه تكرار أو تطويل أو انقطاع الصـوت فى مقطع معين" (نادية العطار وعلاء الدين الحنأوى ، ١٩٩٩، ١٢٧).

وعرف أيضـا التلعثم بأنه "إضـطراب يصـيب طلاقة الكلام المسـترسل ، وتكون العثرات فى صورة تكرار ، أو إطالة ، أو وقفة (صمت) ، أو إدخال بعض المقاطع والكلمات التى لا تحمل علاقة بالنص ، لمجرد ملء فراغات" (كريمان بدير وإميلى صادق ، ٢٠٠٠، ١٧٧).

وهو أيضـا "تقطع أثناء الكلام يصـدر من الفرد عند النطق ، فالطفل ربما يتوقف عند كلمة واحدة ويكررها أكثر من مرة ولا يسـتطيع نطقها أو قد يتردد عند نطق كل كلمة ، وكذلك لا يسـتطيع نطق بعض الأحرف أو يكرر بعض الحروف أكثر من مرة بطريقة لافتة للنظر" (زكريا الشـربينى ويسرية صادق ، ٢٠٠٠، ٢٩٤).

وكذلك عرفته الجمعية السـعودية لأمراض السـمع والتخاطب بأنه "عثرات كلامية تؤثر على سلامة الكلام ، ومن خصائص هذه العثرات احتباس فى الصوت وإطالة فى إخراج أصوات الحروف على مسـتوى الصـوت والكلمة ، وتكرار الكلمات كاملة أو تكرار جزء منها وظهور سـلوكيات مصـاحبة للتلعثم كالشـد على اللسـان أو الفك أو إغماض العينين وظهور سـلوك التفادى"(الجمعية السعودية لأمراض السمع والتخاطب ، ٢٠٠٣، ٢).

يقصــد بالتلعثم عدم قدرة الطفل على التكلم بســهولة فتراه يتهته ويجد صــعوبة فى التعبير عن أفكاره ، فتارة ينتظر لحظة حتى يتغلب على خجله ، وأخرى يعجز تماما عن النطق بما يجول فى خاطره (وفيق صفوت مختار ، ٢٠٠٥، ٢١٧).

وهو إضطراب فى التدفق السلس للكلام يظهر فى شكل تشنجات عضلية توقفية ، تكرارية أو إطالة هذه التشــنجات خاصـــة بوظائف التنفس والنطق والصــياغة (حمدى على الفرمأوى ، ٢٠٠٦، ١٦٥).

كما أن التلعثم إضطراب فى الطلاقة اللفظية ومعدل سرعة الكلام ، يصحبه أسلوب تنفس غير صحيح يؤدى إلى عدم انسجام أعضاء الكلام ، يظهر فى صورة توقف ، أو تطويل تكرار الصوت أو المقطع أو الكلمة ، وله أصــل نفســى يؤدى إلى الخوف من الكلام وتحاشــيه فى مواقف معينة (محمد محمود النحاس ، ٢٠٠٦، ١٠٤).

التعقيب على التعريفات.

يتضح من التعريفات السابقة أن تعريفات التلعثم تعددت واختلفت وفقا لوجهة نظر القائم بالتعريف حيث حأول كل عالم تعريف التلعثم من خلال النظرية التى يتبعها ، والبعض الاخر تنأول تعريف التلعثم من حيث اسباب الحدوث ، ومنهم من تنأوله على اساس انة مشكلة بيولوجية ، ومنهم من ارجع التلعثم إلى اســباب نفســية ، وقليل من التعريفات من تنأول معناة الشـــخص المتلعثم أثناء حديثة مع الاخرين ومن خلال ما ســبق من تعريفات يعرف الباحث التلعثم بأنة :إضـــطراب في طلاقة الكلام يظهر في شـــكل توقف أو تكرار أو اطالة للأصـــوات أو الحروف أو الكلمات ، ويحدث بطريقة لا إرادية ويكون مصحوبا احيانا ببعض التشنجات والتقلصات اللارادية لعضلات النطق والكلام ،وينتج عن هذا الإضـــطراب تجنب الفرد الكلام والعزلة والأنطواء وعدم الثقة بالنفس وتجنب المواقف الاجتماعية وانخفاض تقدير الذات ، وهذا الإضــطراب لة العديد من المظاهر المعرفية ،والأنفعالية ، واللغوية والسلوكية التى تختلف شدتها من فرد لاخر.

أسباب التلعثم:

تعددت الأسباب الأساسية للتلعثم وفيما يلى هذه الأسباب:

١- العامل الفسيولوجى: هناك نظرية واسعة الأنتشار ترى أن التلعثم قد تكون أسبابه عائدة إلى الوراثة.

٢- آمال الوالدين: إن الآمال والتوقعات غير الواقعية من قبل الوالدين تؤدى إلى زيادة الضغط على أطفالهم ، مما يزيد من توترهم ، إن الكثير من الكبار لا يعرفون قوانين تطور الأطفال ونموهم ويجهلون متى وكيف يستطيع الطفل التحدث بطلاقة؟ مما يجعلهم يلومون وينتقدون الأطفال ويطلبون منهم إتقان الحديث قبل أن يكونوا مهيئين لذلك ، مما يثير خوفهم وقلقهم ويجعلهم يضطربون عند الكلام. وفى المقابل فإن الكبار الذين يدللون أطفالهم ولا يتوقعون منهم إلا القليل من الأنجاز والنجاح ولا يشجعونهم على الحديث يضرون أبناءهم ، ولا يعودونهم الاعتماد على النفس ، ويجعلونهم عاجزين عن إتقان الكلام والتعبير عن النفس.

٣- التوتر: إن المواقف التى تؤدى إلى زيادة التوتر والخوف والقلق تقود إلى الإضطراب الكلامى عند الأطفال ، لأن التوتر يجعل الطفل عاجزا عن التحكم فى التوازن الدقيق لعضلات الكلام ، ويجعله يتوقع مزيدا من المشكلات عندما يتحدث ، كذلك فإن التعب والمرض ، والإرهاق وضعف الاستعداد النفسى تزيد من فرصة حدوث التلعثم.

٤- الصراع: إن عدم القدرة أو الرغبة فى التعبير عن المشاعر بسبب رقابة الأهل أو الضغط الاجتماعى تؤدى إلى كبتها مما يقود إلى التأتأة عند الكلام ، إن التغلب على التأتأة إذن يأتى عن طريق إعطاء الفرصة للطفل للتعبير عن مشاعره بحرية ، ودون خوف أو تردد. وقد يحدث التلعثم نتيجة عدم القدرة على التعبير عن غضب الطفل أو نتيجة لمرور الطفل بتجربة محزنة جدا كمرض ، أو وفاة ، أو حادث مروع(مفيد نجيب حواشين وزيدان نجيب حواشين ، ١٩٨٩، ١٧٢-١٧٢).

ويمكن تلخيص أسباب التلعثم لدى الطفل كما يلى:

١- الاستعداد الوراثى.
٢- توقعات الأباء غير الواقعية.
٣- خوف التلميذ من انتقاد الزملاء.
٤- عدم التعبير عن المشاعر.
٥- إرغام الطفل على تغيير نمط معين اعتاد على أداءه مثل الكتابة (عبدالمجيد سـيد أحمد ، ٢٠٠٣، ١٨١-١٨٢).

ومن الأسباب السابقة يتضح لنا إنه بالرغم من تعدد هذه الأساليب ، إلا إنها فى النهاية تقدم لنا دليلا قاطعا على إنه لا يوجد سـبب واحد وراء حدوث التلعثم ، مما يبين ويؤكد مرة ثانية أن ظاهرة التلعثم ظاهرة متعددة الأسباب.

مظاهر التلعثم:

والتلعثم من أكثر عيوب الكلام شيوعا بين الأطفال والكبار ، ويقصد بها الإضطراب فى إيقاع الكلام وطلاقته ، إما بالتوقف اللاإرادى أو بالتكرار أو الإطالة فى إحدى حروف الكلمات. ومن أهم الخصائص التى تميز ظاهرة التلعثم ما يلى:

- التكرار: أى تكرار حرف معين أو تكرار مقطع كامل من الكلمة ، أو تكرار كلمة أو جملة بأكملها.
- الإطالة: أى إطالة النطق بأخذ حروف الكلمة ، بحيث تأتى نهاية الكلمة متأخرة عن بدايتها ومنفصله عنها.
- التوقف: أى الامتناع عن الكلام للحظة مع توقف وجمود الحركة الآلية للكلام ، وهذا التوقف اللاإرادى قد يحدث فى أى مرحلة من مراحلا لنطق (مجدى محمد الدسوقى ، ٢٠٠٣، ٢١٧-٢١٨).

الجوانب الإكلينيكية للتلعثم:

وبالإضـافة إلى التكرار والإطالة التى تحدث فى الكلام تتلخص الصـورة العلنية فى النقاط التالية:

أ- الوقفات Blocks:

عادة ما يشعر المتلعثمون أن الوقفات هى مشكلتهم الرئيسية ، وتشير عبارة (الوقفة) أو وقفات التلعثم إلى الأنسداد الوقتى فى مجرى الهواء. وفى حقيقة الأمر يعتبر المتلعثم هو المسئول الرئيسى عن حدوث الوقفة ، ولكن بطريقة لا إرادية.

ب- الإنخفاض الشديد فى حدة الصوت Voice fry:

يعتبر الأنخفاض الشـديد فى حدة الصـوت من الأعراض التى تظهر فى الحالات الشـديدة من التلعثم ويكون الأنخفاض الشديد فى حدة الصوت فى بادئ الأمر غير منظم وقصير ، ولكن فى النهاية يصبح مستمرا.

جـ- سلوك التفادى Avoidance:

يلجأ معظم المتلعثمين بعد فترة من الإحباط والشـــعور بالرفض الاجتماعى إلى أى شــئ لمنع التلعثم ، فهم يحأولون ابتكار وســـائل وأســـاليب لتفادى حدوث التلعثم ، ومن العجيب أن نرى أن المتلعثمين ذوى التلعثم الشـديد غالبا لا يلجئون إلى سـلوك التفادى. أما المتلعثم البسـيط (نظرا لأنه لم يزل لديه قدر من الطلاقة) ، فإنه يلجأ إلى أسـاليب تفادى التلعثم (نوران نجدى العسـال ، ١٩٩٠، ٣٥ كريمان بدير وإميلى صادق ، ٢٠٠٠، ١٧٩-١٨٠).

شدة التلعثم:

أوضح روبنسون Robinson 1968 أن قياس شدة التلعثم يعتمد على عدة عوامل منها: قياس الفترة الزمنية التى يحدث فيها التلعثم "تكرار أو إطالة أو طول الوقفة" وخصـائص أو شـكل التلعثم ، وكيفيـة رد فعل المتلعثم لتلعثمـه من شـــعور بـالارتبـاك أو ظهور أى نوع من أنواع التفـادى. أمـا جريجورى ١٩٦٨ Gregory فقد حدد لقياس شدة التلعثم العوامل الآتية:

عدد مرات حدوثه ، وشـكل ومواضـع حدوثه ، وخصـائصـه (كريمان بدير وإميلى صـادق ، ٢٠٠٠، ١٨٨).

ومن المقاييس التى تستخدم بكثرة لتحديد شدة التلعثم هو مقياس (جونسون وأخرين ، ١٩٦٣) والذى يمكن إسـتخدامه للتشـخيص الأولى ، ثم لتقييم التحســن بعد التدريب ، وهو يتكون من ســبع درجات.

١- تلعثم بسـيط جدا، وجود تلعثم فى أقل من ١% من الكلمات مع توتر بسـيط جدا ، وعدم طلاقة يستغرق ثانية واحدة فقط ، مع عدم وجود حركات مصاحبة بالجسم.

٢- تلعثم بســيط ،وجود تلعثم فى ١-٢% من الكلمات ، مع توتر بســيط غير ملحوظ ويســتغرق حدوث التلعثم ثانية واحدة ، مع عدم وجود حركات مصاحبة بالجسم.

٣- تلعثم بسـيط إلى متوسـط ،وجود تلعثم فى ٢-٥% من الكلمات ، مع بدء وضـوح التوتر على المريض ، ولكنه لا يسترعى الأنتباه مع عدم ظهور حركات مصاحبة بالجسم.

٤- تلعثم متوســط ،تلعثم فى حوالى ٥-٨% من الكلمات ، وظهور توتر واضـــح على المريض بحيث يســترعى إنتباه المســتمع ، كما يســتغرق وقت حدوث التلعثم حوالى ثانية واحدة ، كما يتميز التلعثم فى هذه الحالة بوجود حركات مصاحبة بالوجه أو الجسم أحيانا.

٥- تلعثم متوســط شــديد ،وجود تلعثم فى حوالى ٨-١٢% من الكلمات ويســتغرق حدوث التلعثم حوالى ثانيتين ، مع وجود توتر وحركات مصاحبة بالجسم تستدعى الأنتباه.

٦- تلعثم شـــديد ،وجود تلعثم فى حوالى ١٢-٢٥% من الكلمات ، كما يســـتغرق حدوث التلعثم حوالى (٣-٤) ثوان ، مع وجود توتر وحركات واضحة بالجسم والوجه.

٧- تلعثم شـديد جدا ،وجود تلعثم فى أكثر من ٢٥% من الكلمات ، ويسـتغرق هذا التلعثم أكثر من ٤ ثوان ، مع وجود توتر واضـــح جدا وحركات واضـــحة بالجســـم والوجه (محمد محمود النحاس ، ٢٠٠٦، ١٢٦-١٢٧).

أنواع التلعثم أو التأتأة عند الأطفال:

التلعثم النمائى Developmental:

حيث يتغير نمو الكلام من الإطالة إلى التوقف والتكرار أو التردد ، ويحدث فى مرحلة الأنتقال إلى المخارج السهله للكلمات فى الفئة العمرية (٢-٤) سنوات ، ويستمر لعدة أشهر.

التلعثم المعتدل Benign:

ويظهر فى الفئة العمرية (٦-٨) سنوات ، وقد يستمر مع الطفل لمدة سنتين أو ثلاث سنوات.

التلعثم الدائم Persistent:

يظهر لدى الأطفال فى الفئة العمرية (٣-٨) سنوات ، ويستمر إلا إذا عولج بأسلوب فعال.

التلعثم الثانوى Secondary:

ويظهر فيه الصــراع الحقيقى مع الكلام ، ويحتاج إلى العناية المتخصـصــة فور ظهوره وتبدو معه تكشيره الوجه أو حركات الأكتاف أو تحرك فى الأذرع أو الساق ، ورمش فى العينين ، أو تنفس غير منتظم (عبدالمجيد سيد أحمد ، ٢٠٠٣،١٦٠-١٦١).

كما يمكن أن نميز بين ثلاث أنواع من التهتهة:

١- التهتهة النمائية: وتحدث فى مرحلة الأنتقال إلى المخارج السهلة بين عمر سنتين وأربع سنوات ، حيث يتغير نمو الكلام من الإطالة إلى التوقف والتكرار أو التردد.

٢- التهتهة المتحسنة: وتظهر لدى بعض الأطفال فى فئة العمر من (٣-١١) سنة ، وتزول تلقائيا فى مدة تترأوح بين ٦ أشهر إلى ٦ سنوات.

٣- التهتهة الثابتة: تظهر لدى بعض الأطفال فى الفئة العمرية من (٣-٨) سنوات وتحتاج إلى علاج لفترة زمنية طويلة. (زكريا احمد الشربينى ، ٢٠٠٢، ١٠٢).

مراحل التلعثم:

وجد كل من شتاين وفروشلر أن التأتأة لدى المريض تتطور من مرحلة إلى أخرى وتكون أشد خطورة من سابقتها وهذه المراحل:

١-المرحلة الأولى: مرحلة التأتأة الإبتدائية Elementary Stuttering:

فى هذه المرحلة يصعب على المريض النطق ، أو التعبير بوضوح أو طلاقة عادية مع بطء فى الاستجابة الكلامية ، وبذل الجهد والأنفعال من أجل إخراج الكلمات ، وعادة تكون بداية الكلام بطيئة ثم يصبح الكلام سريعا مع إعادة أجزاء الكلمة ، وفى هذه المرحلة لا تصادف حدوث انفجارات صوتية أو تشنجات وإعادة حركات عضوية شديدة. ويسمى (فروشلر) هذه المظاهر الإكلينيكية للتأتأة فى مراحلها الأولى بالتأتأة التواترية التى يشوبها مظهر توترى ، إذ يلاحظ بوادر الاهتزاز والتردد السريع ، ثم الإسترخاء فى عضلات النطق (على العكس) من حالات التشنج Tonic التى تشاهد فيها انقباضا بسيطا مستمرا فى عضلات النطق دون اهتزاز أو تبادل فى التشنج والإسترخاء.

٢- المرحلة الثانية: مرحلة التأتأة التحولية Transitional Stuttering:

عدم القدرة على النطق بوضوح فى بداية الكلام خصوصا ، حيث يلاحظ صعوبة فى نطق الكلمة الأولى ، ويصاحب ذلك إعادة أجزاء الكلام مع وجود جهد واضح ، واستجابات انفعالية ، وتغير فى قسمات الوجه ، ومحأولات الضغط على الشفتين وعلى عضلات الحنجرة ، وبذلك تحتبس طلاقة الكلام مع حدوث نوع من التوتر الذى يظهر بشكل حركات إرتعاشية أو اهتزازية متكررة ، يعقبها تشنجات لا إرادية مع ترديد كلمات أو أحرف دون القدرة على الأنتقال إلى الكلمة أو الفقرة التالية. وعادة يصل الطفل إلى هذه المرحلة الأولى بعد حوالى (٦-١٢) شهرا من المرحلة ، وتسمى هذه المرحلة بالمرحلة التشنجية Clonic Spasm أو تسمى مرحلة الاهتزازات (أو الارتعاشات الكلامية التشنجية).

٣- المرحلة الثالثة: مرحلة التأتأة الثابتة Confirming Stuttering:

تظهر هذه المرحلة بعد مضـــى نحو ســنة من المرحلة الثانية ، وهى أشــد مراحل التأتأة ومن أعراضـها تعسر (أو توقف) واضـح فى محأولة الكلام ، بحيث يمكن للمصـاب أن يحدث أى صـوت. وتتطور التأتأة فى هذه المرحلة من حالة تشنج اهتزازى Clonic Tonic يستمر بضع ثوان إلى حالة تشنج توقفى خالص. وتعتبر هذه الحالة الأخيرة حالة توترية أو تشنجية Tonic.

٤-المرحلة الرابعة : مرحلة التأتأة المتقدمة Advanced Stuttering:

وهى تصـــــيب المراهقين والأطفال المتقدمين فى العمر ، يهدف العلاج فى هذه المرحلة إلى تنمية الاتجاهات الإيجابية ومواجهة المخأوف ، والقلق ، والصـــــراع مما يزيد من القدرة على التحكم والسيطرة على النطق (فيصل محمد الزراد ، ١٩٩٠، ١٦٠).

أما جين نيكسون فقد قسم مراحل تطور التلعثم إلى ثلاثة مراحل وهى:

- التلعثم المبكر.
- التلعثم المتوسط.
- التلعثم المؤكد (جين نيكسون ، ٢٠٠٠، ٥١).

علاج التلعثم :

تتنوع طرق علاج التلعثم وأفضلها:

١- التدريب الكلامى Speech Therapy: بهدف التركيز على مقأومة عيوب النطق ، حيث يتم علاج العرض ، وتكوين استجابات كلامية تتميز بالأنسياب والطلاقة اللفظية.

٢- العلاج النفسى الجماعى Group Psychotherapy: ويشمل أنواع متعددة منها:

- العلاج عن طرق اللعب.
- العلاج الجماعى التعليمى من خلال المحاضرات والمناقشات الجماعية.
- النادى العلاجى من خلال النشاط العلمى والترويحى والترفيهى والإجتماعى.
- العلاج بالسيكودراما ، أى العلاج التمثيلى المسرحى القائم على المشكلات النفسية والذى أثبت فاعليته الأكيدة فى علاج التلعثم (زينب محمود شقير ، ١٩٩٩، ٣١٥-٣١٦).

العلاج يتلخص فى طرق هى:

- العلاج النفسى المختصر (العادى).
- التدريب الكلامى.
- طريقة العلاج الشامل.

أولا: طريقة العلاج النفسى المختصر:

ويدخل فى إطاره طرق وأساليب مختلفة منها:

- **طريقة العلاج باللعب**: ولها غرضـــان غرض تشـــخيصـــى Diagnostic ، وغرض علاجى Therapeutic ، فاللعب يظهر النزعات والمشـاعر العدوانية لدى الطفل ، فممارسـة الأطفال الذين يعانون من اللجلجة ألعابا خالية من القيود قد تبرز رغباتهم المكبوتة من ثنايا لعبهم ، كذلك مشاعر العطف والرفق التى يتبعها المعالج إزاء ما يتكتشف له من تلك الرغبات المكبوتة تعطى للطفل شعورا بالحرية الكاملة ، وتبدد لديه مشاعر القلق والتوتر.
- **التحليل بالصور**: وهو أسلوب إسقاطى ملائم لصـغار الأطفال المصـابين باللجلجة ، فيستخدم بطاقات مصـــورة كأســـاس للتحليل ، وتحتوى الصـــورعلى مناظر ومواقف تروق للأطفال وتسـترعى إنتباههم ، ويمكن عن طريق عرض هذه الصـور اسـتخلاص معلومات ذات قيمة تتعلق بشخصية الطفل وعلاقاته مع والديه وأقرانه.
- **إختبارات الشخصية**: يستخدم المعالج أحيانا بعض استخبارات الشخصية للكشف عن شخصية المصاب ، وقد تكون هذه الإختبارات موضوعية وقد تكون إسقاطية.
- **الإيحاء والإقناع**: يستخدم الإيحاء والإقناع كوسيلتين لعلاج المصـابين باللجلجة وذلك لقصـور الطفل وعدم ثقته بنفســه ، ومخأوفه الناجمة من عيوب الكلام لديه ، فعن طريق الإيحاء يدرك الطفل حاجته الشديدة لتعديل نظرته إلى نفسه كفرد له كيانه واحترامه عن طريق الإيحاء يمكن التخفيف من شـــدة المخأوف والقلق وفقدان الثقة بالنفس. أما الإقناع فيتطلب إســـتخدام العقل والمنطق ، والأســانيد المعقولة فى مناقشــة واســتقصــاء صــعوبة الكلام، وما يتصــل بها من إضطراب مثل إقناع المريض بأنه خال من أى عله تشريحية أو وظيفية تعوقه من التغلب على متاعبه الكلامية.

- **الإسترخاء**: تدريب المريض على إرخاء عضلاته ، فبالإسترخاء التدريجى للعضلات بثلاثى الإضطراب الأنفعإلى والتوتر الذهنى ، وقد اشتد "جاكوب صن" Jacob Son طريقة يتدرب عليها المريض على إرخاء عضلاته تساعد على استرداد الاتزان الأنفعإلى والعصبى ، ولا شك أن الإسترخاء يستخدم كعامل مساعد ، وليس له الأهمية الأساسية فى العلاج ، فهو لا يعالج علة الإضطراب وأسبابه ، ولكنه يعمل على إحداث استقرار عقلى واتزان انفعإلى مؤقتين(عبدالعزيز السيد الشخص ، ١٩٩٧،٣٠٤ ، عبدالكريم الخلايلة ، وعفاف اللبابيدى ، ١٩٩٥، ١٢١-١٢٣).

ثانياً : التدريب الكلامى:

توجد وسائل متعددة تستخدم فى التدريب الكلامى منها:

- **الإسترخاء الكلامى**: فيستخدم الإسترخاء الكلامى كوسيلة لعلاج اللجلجة والتخلص من الإضطراب ، وتوجد تمرينات متنوعة تقوم على هذا النوع من العلاج ، تمرينات على الحروف المتحركة ثم الحروف الساكنة، ثم تمرينات أخرى على كلمات متفرقة قد تكون أصوات أو كلمات أو جمل قصيرة أو عبارات.
- **تمرينات لتعلم الكلام من جديد**: يدرب فيها المصاب باللجلجة للاشتراك فى ضروب وألوان المحأولات مثل الألغاز والأحاجى ، والمناقشة الجماعية ، وهى موضوعات تحتوى على وسائل للتسلية كحافز قوى يبعث على البهجة والسرور ونسيان المشكلة واسترداد الثقة بالنفس.
- **تمرينات الكلام الإيقاعى**: علاج اللجلجة بطريقة الحركات الإيقاعية ، كالنقر بالأقدام أو الصفير ، وغير ذلك من الحيل العلاجية التى تحول المصاب وتصرفه عن مشكلته الكلامية ، ويفيد المريض أيضا القراءة الجمعية أو المشاركة مع الكورس.

ثالثا: طريقة العلاج الشامل:

من المعروف أن التدريب الكلامى لا يكفى لشفاء اللجلجة ، وأن أهميته تعتبر ثانوية لأن أسباب اللجلجة قد تكون أسباب نفسية داخلية ، فالعوامل النفسية هى علة العلل ومشكلة الداء ، لذا ينصح أخصائي العلاج بإستخدام طريقة العلاج الشامل ، والبدء بالعلاج النفسى يصاحبه التدريب الكلامى لإستعادة المريض قدرته الكلامية وتحقيق نتائج أفضل فى العلاج (خليل ميخائيل معوض، ٢٠٠٣، ٣٠٤-٣٠٦ ، فيصل محمد خير الزراد ، ١٩٩٠، ١٩٥-١٩٧).

الخصائص النفسية للمتعلثمين:

وعند مقارنة المتلعثمين والمتحدثين العاديين لا يوجد أى اختلاف ما عدا فى قياس مســـتوى الطموح ، أما مســـتوى الطموح فهو إلى حد كبير وظيفة النفس وقد يعتبر على إنه إجراء أو مقياس لتقدير الذات والإدراك الذاتى.(Sheehan, 1970, 18-19)

فمفهوم الذات مشـــتق من ملاحظة ردود الأفعال الخاصـــة بالأفراد الأخرين ، ومن الخبرات السابقة قد نعتقد فى أنفسنا إننا بين الجمال والقبح ، أذكياء وحمقى ، نشيطين وكسالى... الخ ، فتخيل مثلا مفهوم الذات للمتلعثم ينتج من ملاحظة ردود أفعال المســـتمعين إليه ، فكثير من المتلعثمين يقررون إنه عندما تحدث الكتلة الأولى من كلامهم يشعرون بأنهم أقل من الشخص الذين يتحثدون إليه ، ويقرر متلعثمون أخرون أن الخجل والإحراج لرؤية ردود أفعال مســـتمعيهم مؤلم مما يؤدى إلى إغلاق عيونهم ، ودائما ما يغلق المتلعثمون عيونهم خلال حدوث التلعثم (Schwartz, 1976, 107)

ويرى الباحث أن ما أشار إليه فان ريبر قد توصلت إليه دراسات منها دراسة مارلين وأخرون marilyn, ***et al*** (١٩٩٨) التى توصـلت إلى أن المتلعثمين الذين يتعرضـون للسـخرية والتهكم من الأخرين ، يواجهون صـــعوبة فى التعامل مع المحيطين ويكونون أكثر عزلة وانطواء ، وكلما تعددت صور المضايقة والسخرية ، تعقدت عملية العلاج ، وأن خوف المتلعثم من رد الفعل السلبى للأخرين على طريقة كلامه ، يؤدى إلى اغترابه الاجتماعى وانسحابه من المحيط المدرسى .

الدراسات التى تناولت البرامج التدريبية في علاج التلعثم:

دراســـة (محمد محمود الدويك ،٢٠٠٩) هدفت الدراســـة إلى معرفة فاعلية برنامج تدريبى لتخفيف حدة التلعثم لدى تلاميذ الصف الرابع الابتدائى ، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) طفل وطفلة ممن يعانون من إضطراب التلعثم المترددين على مستشفى عين شمس التخصصى ،وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ،واستخدم الباحث البرنامج التدريبى ومقياس شدة التلعثم (نهلة الرفاعى) وإختبار الذكاء المصور (احمد ذكى صالح) ،وأسفرت النتائج عن فاعلية الرنامج التدريبى في تخفيف وعلاج التلعثم .

ودراســـة (منى توكل الســـيد ،٢٠٠٨) هدفت الدراســـة إلى خفض درجة التهتهة لدى اطفال المدرسة الابتدائية ، وتكونت العينة من (١٢) طفل وطفلة (٤) اناث و(٨) ذكور تترأوح اعمارهم من (٨-١٢)عام ،واشتملت ادوات الدراسة على مقياس تشخيص وتحديد درجة التهتهة وبرنامج ارشادى علاجى متكامل لخفض درجة التهتهة ، وتوصـلت نتائج الدراسـة إلى انخفاض درجة التهتهة وشـدتها في القياس البعدى.

دراســة (Maasen,B.H.,2008) وهدفت الراســة إلى معرفة تأثير ثلاث إنماط من العلاجات الخاصـــة بالتلعثم ، وتكونت العينة من(٦٥) فردا من البالغين ولديهم عيوب نطق وتلعثم، واشـــتملت ادوات الدراســـة على اخضـــاع الافراد عينة الدراســـة لقياســـات مكثفة قبل وبعد البرنامج العلاجى ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى تحسن في التواصل لدى الافراد المتلعثمين .

دراســة (Fry,J,P.,2009) وهدفت الدراســة إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجى متكامل للبالغين من متوســـطى العمر من المتلعثمين ، وتكونت عينة الدراســـة من (٢٠) فردا ممن تترأوح اعمارهم ما بين (١٦-١٩) عام، واشـتملت ادوات الدراسـة على شـريط فيديو مسـجل علية عينات من الكلام لدى الشخص ، واستمر لمدة خمس اسابيع واستبيان تقدير الذات ،وتوصلت النتائج إلى تحسن ملحوظ بعد تطبيق البرنامج .

دراسة (Whelan,C.J,2010) وهدفت الدراسة إلى معرفة تأثير علاج التلعثم على الاشخاص الذين لديهم إضطراب التوحد ،وتكونت العينة من شخص واحد فقط ذكر أن لدية إضطراب شديد في التلعثم منذ عدة سـنوات ، واشـتملت ادوات الدراسـة على عينات يتم اخذها من خلال المحادثة اليومية مع تجميع الكلمات التى بها تلعثم من خلال الوالدين والمســـتمعين الاخرين والاصـــدقاء، وتوصـــلت الدراسة إلى تحسن في عدد الكلمات التى بها تلعثم .

دراســـة (Irani,F.,2010) هدفت الدراســـة إلى تقديم طرق العلاج المتنوعة للعلاج الشـــامل بالعيادة لكل من المراهقين والبالغين الذين يعانون من التلعثم ، وتكونت العينة من (٧) من المشاركين والذين يترددون على العيادة الشـامـلة، واشـتملت الادوات على بيانات ارشـيفية عن المقاييس الحالية للدراسـة وتم إسـتخدام طريقة الارشـاد في العلاج ، وتوصـلت النتائج إلى أن اقر الافراد المشـاركون بنتائج إيجابية تجاة حياتهم الشـخصـية ووجود دافع واسـتعداد لحضـور البرنامج وتحسـن على مقياس شدة التلعثم .

دراسة (جهاد احمد على ،٢٠١١) هدفت الدراسة إلى التعرف على اثر برنامج تدريبى مستند إلى التغذية الراجعة المتأخرة ومشاركة الاهل في خفض شدة التلعثم لدى الأطفال ،وتكونت العينة من (٢٠) طفل وطفلة يعانون من التلعثم ترأوحت اعمارهم ما بين (٨-١٤) عام، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ، واستخدمت الباحثة مقياس شدة التلعثم في صورتة الثالثة والبرنامج المستند إلى التغذية الراجعه ومشاركة الاهل ، واظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية لصالح المجموعه التجريبية على مقياس شدة التلعثم والسلوكيات الجسمية المصاحبة مما يدل على فاعلية البرنامج.

دراسة (سهيرمحمد توفيق،٢٠١٣) وهدفت الدراسة معرفة فاعلية برنامج علاجى متنوع للتخفيف من حدة التلعثم لدى بعض الفتيات الراشدات ، وتكونت عينة الدراسة من (٥) فتيات متلعثمات في سن (٢١) عام، واستخدمت الباحثة مقياس (ستانفورد بينية) ومقياس تشخيص شدة التلعثم والبرنامج العلاجى ، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط رتب درجات الفتيات الراشدات في القياسين القبلى والبعدى على مقياس شدة التلعثم لصالح القياس البعدى مما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجى المتنوع في تخفيف شدة التلعثم.

دراسة (امل عبداللطيف حمدى،٢٠١٤) وهدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج ارشادى للوالدين للتخفيف من حدة التلعثم لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية ،وتكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية (١٠) امهات و(١٠) اطفال ، ومجموعة ضابطة (١٠)امهات و(١٠) اطفال ، واستخدمت الباحثة مقياس شدة التلعثم (نهله الرفاعى) والبرنامج الارشادى للامهات ، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج مع الامهات ادى إلى تخفيف شدة التلعثم لدى ابنائهن.

دراسة (هالة نشأت احمد زايد،٢٠١٥) هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية التدريب الكلامى وبرنامج سيكودرامى في تخفيف حدة الاصوات الكلامية لدى الأطفال في الحلقة الأولى من مرحلة التعليم الاساسى ، وتكونت العينة من (٢٠) طفل وطفلة تترأوح اعمارهم ما بين (٨-١١) سنة واشتملت ادوات الدراسة على مقياس الاصوات الكلامية وبرنامج التدريب الكلامى وبرنامج سيكودرامى ، وأسفرت النتائج عن فاعلية كلا من برنامج التدريب الكلامى وبرنامج سيكودرامى في تخفيف حدة الاصوات الكلامية لدى الأطفال وكان الدمج بين البرنامجين افضل في العلاج.

دراسة (احمد عبد الله صبره ،٢٠١٥) هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فعالية البرنامج الارشادى الأنتقائى في خفض حدة اللجلجة واثرة على الفهم القرائى لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) تلميذ من الحلقة الأولى من التعليم الأساسي (١٢ذكور- ٨ اناث) يعانون من اللجلجة وتترأوح اعمارهم مابين (١٠- ١٢) سنة ، وقسموا إلى مجموعتين (تجريبية – ضابطة) واستخدم الباحث إختبارشدة التلعثم إعداد (سيداحمد البهاص ،٢٠٠٥) وإختبارالفهم القرائى إعداد (خيرى المغازى ،١٩٩٨) والبرنامج الإرشادى الأنتقائى إعداد /الباحث ، وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج الإرشادى الأنتقائى في خفض حدة اللجلجة وتحسن الفهم القرائى للتلاميذ.

دراسة (رشا جابرعبدالمنعم،٢٠١٦) وهدت هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج التدريب الكلامي وبرنامج ارشادى اسرى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوى لدى الأطفال المعسرين قرائيا ، وتكونت العينة من (٣٠) طفل وطفلة من المرحلة الابتدائية يترأوح عمرهم ما بين (٦,٥- ٧,٨) وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات ، واستخدمت الباحثة قائمة ملاحظة سلوك الطفل ، وبرنامج تدريب كلامى ، وبرنامج ارشادى اسرى ،وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية برنامج التدريب الكلامي وبرنامج الارشادى الاسرى في تنمية مهارات التواصل اللغوى لدى الأطفال المعسرين قرائيا.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

في ضوء ما سبق عرض الباحث لأهم الدراسات ةالبحوث التى لها صلة بموضوع الدراسة، والتى امكن الإطلاع عليها وذلك لمعرفة وبيان جوانب الإتفاق والإختلاف فيما بينها ، وكذلك للإفادة منها في مجال الدراسة الحالية ، ومن خلال ما سبق نلاحظ أن نتائج الدراسات تؤكد على أن طرق علاج التلعثم أو إضطراب النطق والكلام تعددت وتنوعت نظرا لتعدد الأسباب والنظريات المفسرة لمشكلة التلعثم ، ويبدو من خلال عرض الدراسات السابقة أن علاج مشكلة التلعثم متعدد الابعاد ، فمن الدراسات من إهتمت بوضع البرامج التدريبية لعلاج التلعثم مثل دراسة (محمد محمود الدويك،٢٠٠٩) ودراسة (جهاد احمد على ،٢٠١١) ودراسة (هالة نشأت احمد ،٢٠١٥) ودراسة (رشا جابر عبدالمنعم ،٢٠١٦).

ومن الدراسات من إهتمت بوضع البرامج العلاجية مثل دراسة (منى توكل السيد ،٢٠٠٨) ودراسة (Maasen,2008) ودراسة (Fry,2009) ودراسة (Irani,2010) ودراسة (سهير محمد توفيق ،٢٠١٣) ، ومن الدراسات من إهتمت بمشاركة الاهل في علاج التلعثم مثل دراسة (امل عبداللطيف حمدى ،٢٠١٤) ودراسة (رشا جابر عبدالمنعم ،٢٠١٦) ، واظهرت العديد من الدراسات السابقة أن علاج التلعثم يشكل منظومة من الطرق والاساليب العلاجية مثل العلاج الكلامي ، العلاج السلوكى المعرفى ، العلاج النفسى ، وقد ارتبطت كل هذه الأساليب العلاجية بنظريات متعددة والتى تفسر التلعثم حسب اتجاه كل باحث ، ويبدو ايضا من الدراسات السابقة انها إهتمت بالعلاج الجماعى دون العلاج الفردى ، وقد استفاد الباحث من هذه الدراسات في إستخدام الفنيات المختلفة والتي تفيد في علاج إضطرابات النطق والكلام مثل فنية الكلام الايقاعي والنطق بالمضغ والمناقشة.

وكذلك اشارت معظم الدراسات السابقة إلى أن فكرة الطفل المتلعثم عن نفسة تسهم بدرجة عالية في تقبلة للبرامج والأساليب العلاجية والتى على اساسها يتوقف نجاح عملية العلاج لدى المتلعثمين، ويبدو من خلال عرض الدراسات السابقة أنها افادت الباحث في تحديد مشكلة الدراسة الحالية ، وذلك عن طريق طرح عدة تساؤلات تدور معظمها حول فاعلية برنامج تدريب كلامي لخفض التلعثم وخفض الخجل الإجتماعى وتحسين تقدير الذات لدى الأطفال المتلعثمين.

الفصل الثالث
الخجل الاجتماعي

- مفهوم الخجل
- التعقيب على التعريفات
- تصنيفات الخجل
- أسباب الخجل
- أعراض الخجل ومظاهره
- جوانب ومكونات الخجل
- النظريات المفسرة للخجل
- دراسات تناولت التلعثم والخجل الاجتماعي
- التعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الخجل الاجتماعي

الخجل الاجتماعى Social Shyness:

لا شـــك أن الخجل (الخوف الاجتماعى) يعد أحد المشـــكلات الشـــائعة لدى الأطفال ، فهم لا يجرؤون على القيام بأى تصـــرف دون وجود الأهل ، فالطفل الخجول طفل مســكين بائس يعانى من عدم القدرة على الاختلاط مع زملائه فى المدرســة والمجتمع وغالبا ما ينمو الأطفال والخجل يرافقهم فعندما يبلغ الطفل الســنة من عمره قد يغطى عينيه خجلا ويصــبح هادئا ويختبئ خلف والدته ، وعند عمر ٢-٣ سـنوات قد يبكى الطفل عند تركه مع أطفال أخرين كونه لا يسـتطيع مشـاركتهم فى اللعب حيث يقف ساكنا فى غير سعادة (على بن عبدالواحدالغامدى ، ٢٠٠٧، ٢٥-٢٩).

ففى معظم المواقف الاجتماعية يتصـف الأطفال بالخجل مثل المواقف الجديدة لهم وإذا اسـتمر هذا الوضـع عند ذهابهم للمدرسـة ومن بعدها مرحلة المراهقة يمنعهم من المشـاركة فى الفصـل وقت اللعب فهذا يكون مؤلما جدا بالنسبة لهم ، ولكن معظم الأطفال الذين يتصفون بالخجل ليس بالضرورة أن يســـتمر معهم الخجل فى مراحل نموه التـاليـة فهنـاك العديـد من الحلول كى يتغلبوا على هذا الخجل(محمد عبدالقادر ، ٢٠١٣، ٢٦-٣٠).

كما أن كثير من الأطفال يشـبون منطوين على أنفسـهم خجولين ، يعتمدون اعتمادا كاملا على والديهم ويلتصـقون بهم ، لا يعرفون كيف يواجهون الحياة منفردين وتظهر هذه العيوب واضـحة حتى يبلغ الطفل سـن دخوله المدرسـة ، فى السـن الذى يجب أن يتصـرف فيها مسـتقلا ، وأن يواجه الحياة خارج البيت والأشياء التى لم يتعودها.

ومن المفروض عندما يصـل الطفل إلى هذه السـن يكون قد تهيأ لأن يصـبح مسـتقلا ومسـتعدا لمواجهة المواقف المختلفة دون تردد أو خوف أو قلق وفى أحوال كثيرة تجد الأم نفســـها أمام طفل خجول ، خائف متردد منطوى ملتصـق بها ويمسـك بطرف ثوبها ، ويعجز تماما على أن يقف موقفا إيجابيا فى حياته الجديدة (نبيلة عباس الشوربجى ، ٢٠٠٣، ١٣١-١٣٤).

مفهوم الخجل:

فى معجم علم النفس يعرف الخجل بأنه حالة من حالات العجز عن التوافق مع المحيط الاجتماعى (فاخر عاقل ، ١٩٨٢، ١٧٣).

ويعرف في معجم علم النفس والطب النفسى (١٩٩٥) بأنة إضطراب يتسم بتجنب الاخرين من الناس ، أو عدم الإرتياح المفرط والحرج والكف في وجود الاخرين (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى ،١٩٩٥،٣٥٤٠).

وقد كشف لنا التراث السيكولوجى الذى تناول ظاهرة الخجل بالتعريف أو التحديد عن تباين فى زوايا الرؤى لهذا الموضوع ، فقد اتجهت بعض التعريفات توجها فسيولوجيا. حيث تعرف الخجل بأنه ظاهرة يصاحبها ردود فعل فسيولوجية تتمثل فى إحمرار الوجه ، وزيادة فى النبض ، وجفاف الحلق وبرود اليدين (مايسة احمد النيال ، ١٩٩٦، ١٧٥-١٨٤).
ويعرف بأنه الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعى مع المشاركة فى المواقف الاجتماعية بصورة غير مناسبة ، ويكون الخجل مصحوبا بعدة مظاهر هى:

- الشعور بالقلق وعدم الارتياح فى المواقف التى تتضمن مجموعة من الناس أو أصحاب السلطة أو أفراد يخشى أن يصدروا أحكامهم على الخجول.
- يؤدى هذا القلق إلى الصمت والأنسحاب من مواقف التفاعل الاجتماعى.
- كما ان السلوك العام (الصريح) يكون قليلا ومصاحبا بالشعور بالحساسية للذات وبالتعاسة والأنشغال بالذات وبالأنطباعات التى يكونها الأخرون عن الفرد ، مع صعوبة فى تحقيق الاتصال الناجح (حسين عبدالعزيز الدرينى ، ١٩٨١، ٦).

ويعرف الخجل بأنه ميل متعلم لتجنب المواقف الاجتماعية والإخفاق فى المواجهات الاجتماعية ، والشعور بالقلق وعدم الارتياح خلال التفاعلات مع الآخرين ، ونقص ثقة الفرد فى أهميته ويرى أن من مكونات الخجل ، الأفكار مثل (سأعرض نفسى للسخرية) ، والمشاعر مثل (القلق والتوتر) والاستجابات الجسمية مثل (إحمرار الوجه ، وسرعة ضربات القلب) والسلوكيات مثل (الهروب ، وتجنب تلاقى العينين ، وعدم الابتسام) (Zimbardo, Radl, 1981L 42).

وقد توجهت بعض التعريفات لتكون أكثر عمقا فى تنأولها لهذه الظاهرة ، فكان ما افترضـة "شـيلدر" من شعور بالقلق وعدم الارتياح فى المواقف الاجتماعية ، لا سيما فى حضور الأخرين، وخاصة فى وجود ذوى السـلطة والمكانة الخاصـة ، يزداد الشـعور بالقلق وعدم الراحة عندما يشـعر الشـخص الخجول بتقييم الآخرين ، وقد اتفق مع ذلك "كورســينى" موضـــحا أن الخجل ظاهرة انفعالية يعانى صـــاحبة من قلق مفرط وأفكار سـلبية نحو الذات ، وأكد "كورسـينى" على أن الخجل حالة فى غاية التعقيد ، تترأوح بين الإرتباط العرضى فى المواقف الاجتماعية وحتى العصاب ، والأخير ــ بدوره ـ قد يدمر حياة الفرد بأكملها (Corsini, W.R., 1997, 39).

ويعرف بأنه الميل إلى تجنب التفاعل الإجتماعى مع المشـــاركة فى المواقف الاجتماعية بصورة غير مناسبة (حسن مصطفى عبدالمعطى ، ٢٠٠١، ٧٠).

كما عرف الخجل بأنه ما نلاحظه على الأطفال فى مرحلة الروضـــة وبدايات المدرســـة الإبتدائية ويدفعهم إلى الأنزواء واجتناب الألعاب وعدم الأنخراط فى أغلب الأنشـــطة الاجتماعية (زكريا أحمد الشربينى ، ٢٠٠٢، ٦٠ ، ١٠٤).

تقول الحكمة قليل من الخجل من مكارم الأخلاق ، أما الخجل الشديد فهو حالة مرضية تستحق الدراسـة ، والاهتمام ، وإذا لم يكتشـف الخجل ويعالج ينخرط الطفل فى إضـطراب الشـخصـية ، وقد يحدث الإضـطراب عندما ينتقل الطفل من بيئته الأسـرية إلى موقف جديد ، كالأنتقال إلى المدرسـة أو محأولة تكوين علاقة مع غيره من الأطفال الآخرين (ناجى عبدالعظيم سعيد،٢٠٠٣،٨١).

كما وصف الشخص الخجول بأنه الشخص الذى يكون قلقا عما سيفكر به الأخرون عنه وعما ســيقولونه عنه وعن الفكرة التى ســوف يكونونها ، لذلك فهو يتجنب المواقف التى يكون فيها محط أنظار الأخرين ويحأول ألا يلفت أنظار أحد إليه خوفا من أن يخطئ أو لا يبدو لائقا من وجهة نظره فيحظى بالتقيم السلبى والنظرة السلبية من الآخرين (Rapee, 2005, 488-497).

ويطلق على حالة الخجل الشـديد إضـطراب التجنب ، والطفل الخجول عادة يتحاشــى الآخرين ، ويتم ترويعه بســهولة ولا يثق بالغير ، وهو متردد فى الإقدام الخجل ، إذ إنه يخص الإيماءات التى تعبر عن الحياء ، وعلى هذا فإن الخجل يتضمن الحياء غير المرغوب فيه (Baldwin, 2006, 102).

التعقيب على التعريفات:

ويبدو واضحا من التعريفات التى تم عرضها أن الخجل يتضمن مكونات سلوكية وأخرى انفعالية. وقد جاء تعريف "إيزنك" ليشير إلى مكون أخر للخجل وهو المكون المعرفى ، إذ أن الخجل ــ من وجهة نظرهما ــ هو "نقصا لسلوك الظاهر (الصريح) ، فضلا عن إنتباه مفرط للذات ، ووعى زائد بها ، وصعوبات فى الإقناع والاتصال. ويتضح المكون المعرفى أيضا فيما أورده "بيلكونس وزيمباردر" من أن الخجل يتضمن صعوبات فى الأداء ، فضلا عن فقدان التوكيد والتفكير فى أشياء غير سارة فى المواقف الاجتماعية ، وأفكار سلبية نحو الذات، يعرفه الباحث الحالى الخجل الإجتماعى بأنه:

" هو شعور بالقلق وعدم الارتياح فى المواقف الإجتماعية ، لا سيما فى حضور الأخرين، وخاصة فى وجود ذوى السلطة والمكانة الخاصة ، يزداد الشعور بالقلق وعدم الراحة عندما يشعر الشخص الخجول بتقييم الآخرين ، و يعانى صاحبة من قلق مفرط وأفكار سلبية نحو الذات، مما يؤدى إلى تجنب المواقف الإجتماعية والميل إلى العزلة."

تصنيفات الخجل وأنواعه:

توجد عدة تصنيفات للخجل وتتعدد أنواعه وإنماطه وتختلف أشكاله وفيما يلى عرض موجز لبعضها:

١- **الخجل الاجتماعى الأنطوائى**: أى الميل للعزلة ، ولكن مع القدرة على العمل بكفاءة ونجاح إذا اضطر الفرد لذلك.

٢- **الخجل الاجتماعى العصابى**: ويتسم فيه الفرد بالقلق الناتج عن الشعور بالدونية وبالحساسية للذات عموما واثناء وجوده مع الرؤساء ، وبشده الهلع من الخبرات التى تشعره بالضعف مع الشعور بالوحدة النفسية (Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B., 1985, 86)

ولقد أوضح كروزير Crozier أن دراسات عديدة قد توصلت إلى وجود الخجل العصابى منها دراسات كومرى Comrey ، كاتل Cattell ، ليما Layman ، أوزير Osier ، ديتوجاتيس Detogatis (Crozier, W.R., 1995)

ولقد ميز بيكونيز (Pikonis, 1994, 595-611) بين نوعين من الخجل أسماهما:

١- الخجل العام: يتسم صاحبه بعيوب الأداء مثل الحرج عند ممارسة الظواهر السلوكية العامة مما يؤدى إلى الفشل فى ممارستها.

٢- أما الخجل الخاص: يتسم صاحبه بالشعور الذاتى بعدم الارتياح وبالاستثارة الداخلية وبالقلق وبالحساسية للذات وبالخوف من التقييم السلبى. (Pilkons, p., 1994)

أسباب الخجل:

نظرا لطبيعة الخجل المركبة فإن هناك مجموعة من الأسباب التى من الممكن أن تقف خلفه ومنها:

الشعور بنقص الأمن:

إن الأطفال الذين يشعرون بقلة الأمن لا يستطيعون المغامرة ، ولا يستطيعون تعريض أنفسهم للآخرين ، وتنقصهم الثقة والاعتماد على النفس ، إن عملية نموهم وشعورهم بالأذى والمجازفة هى مخاطر اجتماعية تخيفهم ، إنهم مغمورون مسبقا بعدم الشعور بالأمن ، والابتعاد عن المركبات ، إنهم لا يعرفون ما يدور حولهم بسبب موقفهم الخائف ، إنهم لا يمارسون المهارات الاجتماعية ، إنهم سيصبحون أخجل فأخجل بسبب قلة التدريب ، وبسبب الحاجة إلى التغذية الراجعة من الآخرين (بسمة ابراهيم الجبالى ، ٢٠١٥ ،٢٤).

الحماية الزائدة:

حيث أن الأطفال الذين تغمرهم الحماية الزائدة من الوالدين يصبحون غير نشطين ولايعتمدون على أنفسهم ، وذلك بسبب الفرص المحدودة لديهم للمغامرة كونهم قليل الثقة بأنفسهم، لا يتعاملون مع بيئتهم أو مع الآخرين ، ولذلك يتولد الشعور بالخجل والخوف من الآخرين (محمد عبدالقادر ، ٢٠١٣، ٢٦-٣٠).

قسوة الأب:

إن الأب يسلك سلوكا قاسيا عدوانيا فى البيت مع الزوجة والأولاد ،يسبب مخأوف غامضة للطفل ويشعره بأن من واجبه أن يكون مستعدا للدفاع عن نفسه ضد العنف والعدوانية ، لأن العراك المستمر بين الأب والأم يشعر الطفل بعدم الأمان (نبيلة عباس الشوربجى ، ٢٠٠٣، ١٣١-١٣٤).

الشعور بالنقص:

يعد شعور الطفل بالنقص من أقوى مسببات الخجل ويتولد هذا الشعور بسبب وجود عاهات جسمية لديه (كالعرج ، ضخامة الجسم ، ضعف السمع ، أو البصر ، قصر القامة ، أو طوله الشديد وغيرها) ، وقد تعود مشاعر النقص عند الطفل نتيجة قلة مصروفة مقارنة بزملائة ، أو رداءه ثيابة مقارنة بالزملاء ، أو عدم تمكنه من دفع ما يترتب عليه من اشتراكات تطلب منه من قبل المدرسة ، أو اقتنائه أشياء لفترة طويلة ، ولا يستطيع تغييرها نظرا لفقره (أحمد محمدالزعبى ، ٢٠٠٥، ١٠٥-١١١).

عدم الاهتمام والإهمال:

يظهر بعض الأباء قلة اهتمام بأطفالهم ، فيشعر هذا النقص العام الأطفال بالنقص ، ويشجع على وجود الاعتمادية عندهم ، إن عدم الاهتمام بالأطفال يولد شخصية خائفة خجولة ، ويشعرون حينئذ أنهم غير جديرين بالاهتمام (محمد عبدالقادر ، ٣٠،٢٠١٣)

التهديد المستمر للطفل:

عن طريق سماعه التهديد الذى يوجه إليه بإسراف كلما أتى فعل لا يرضى عنه الوالدان. يظنون أن التهديد يؤدى إلى النتيجة المرجوة عن طريق ما يثيره فى نفس الطفل من خوف مثال: كأن تقول الأم للطفل إذا فعلت كذا سأرميك فى الشارع أو أسلمك للشرطة ونجد أن الأم لا تقصد فى واقع الأمر شيئا من هذا الذى ترده على مسامع الطفل ، ولكن الطفل يعتقد إنها صادقة ، وتعنى كل كلمة تقولها ، ومن ثم يستجيب لها على هذا الأساس ، فتكون النتيجة أن تمتلئ نفس الطفل بالخوف والأنزعاج والقلق وبالتإلى يلجأ إلى الأنطواء لاحساسه بعدم الأمان (نبيلة عباس الشوربجى ، ٢٠٠٣، ١٣١-١٣٤).

النقد:

فإن انتقاد الأباء أطفالهم علأنية يساعد على تولد الخوف فى نفوسهم ، لأنهم يتلقون إشارات سالبة من الراشدين ، فيصبحون غير متأكدين وخجولين، وبعض الأباء يعتقد أن النقد هو الأسلوب الأمثل لتربية الأبناء ، لكن النتجية للنقد المتزايد هى طفل خجول. (محمد عبدالقادر ، ٢٠١٣، ٢٦-٣٠).

مخأوف الأم:

يتأثر الطفل بمخأوف الأم وقلقها الزائد عليه فتجعله يخشـــى أن يخوض التجارب الجديدة إن الأم تحب طفلها وهو أثمن ما لديها ، خاصــة الابن الوحيد فى الأسـرة ، لذا تشـعر الأم بأن عليها أن تحميه وأن تحول دون انطلاقه ، ولكن الحماية الزائدة تحول دون انطلاق الطفل ، كما تشـعر الأم بأن طفلها ســوف يتعرض للأذى فى كل لحظة ، وتنقل هذا الاحســـاس لدى طفلها ، فيشـــعر الطفل بأن المكان الوحيد الذى يشـعر فيه بالاطمئنان هو إلى جوار أمه ، إن مثل هذا الطفل يشـعر بالخوف ، ولا يسـتطيع أن يعبر الطريق بمفرده ، أو يسـتمتع بالجرى أو اللعب أو السـباحة فى البحر ، إنه يتوقع فى كل لحظة أن يصـــاب بالأذى... فيظل منطويا بعيدا عن محأولة فعل شـــئ من ذلك خوفا من إصـــابته بالأذى. (نبيلة عباس الشوربجى ، ٢٠٠٣، ١٣١-١٣٤).

المضايقة:

فالأطفال الذين يتعرضـــون للمضـــايقة والســـخرية ينطون على أنفســـهم خجولون وأصـــحاب الحسـاسـية المفرطة تجاه النقد يرتكبون ويخجلون لو تعرضـوا لسـوء معاملة من إخوانهم الأكبر سـنا، والشئ الأكبر خطورة هو نقد الأطفال لمحأولتهم الاتصال بالعالم الخارجى.

عدم الثبات:

فأسلوب التناقض ، وعدم الثبات فى معاملة الطفل وتربيته ـــ يساعد على الخجل ، فقد يكون الوالدان حازمين جدا أحيانا ، وقد يكونان متسـاهلين فى أوقات أخرى ، والنتيجة يصـبح الأطفال غير آمنين ، وفى هذه اللحظة يصيبهم الخجل فى البيت والمدرسة. (محمد عبدالقادر ، ٢٠١٣، ٢٦-٣٠).

عدم الاختلاط بالأطفال الآخرين:

أحيانا يصـل خوف الأم إلى طفلها إلى درجة تؤدى إلى منعه من الاختلاط واللعب مع الأطفال الآخرين ، خوفا عليه من تعلم بعض الســـلوك غير المرضـــى ، أو تعلم بعض الألفاظ غير اللائقة فيصـــبح طفلا منطويا يفضـــل العزلة ، ويخشـــى الأندماج فى أى لعبة مع الأطفال الآخرين ، ونتيجة لذلك يصـــاب الطفل بالقلق النفســـى والاكتئاب والشـــعور بالملل والضـــيق من الحياة ، وعدم الرغبة فيها... وذلك بسـبب الأنطواء الذى غرسـت جذوره فى الطفولة المبكرة له (نبيلة عباس الشـوربجى ، ٢٠٠٣، ١٣١-١٣٤).

التأخر الدراسى:

إن تأخر الطفل الدراســـى عن باقى زملائه من الأمور الجوهرية التى تشـــعره بالخجل ، وإنه أقل من مســـتوى زملائه ، ولكن لا يعنى ذلك أن كل تلميذ خجول متأخر دراســيا ، فكثير من التلاميذ الأوائل فى المدرسة يعانون من الخجل لأسباب أخرى (أحمد محمد الزعبى ، ٢٠٠٥، ١٠٥-١١١).

المزاج والإعاقة الجسدية:

هناك أطفال يبدون خجولين منذ ولادتهم ، وبذلك يكون الخجل وراثيا ، كما أن بعض الأطفال يكونون مزعجين والآخرون هادئين ، وهذا النمط قد يســتمر ســنين من حياته ، والإعاقات الجســدية غالبا تســـبب الخجل ، أو مشـــاكل اللغة التى تؤدى إلى انســـحاب الطفل اجتماعيا (محمد عبدالقادر ، ٢٠١٣، ٢٦-٣٠).

كما يتفق السلوكيون على ان الإضطرابات النفسيه مجرد استجابات قابله للملاحظه من جانب الفرد الذى تظهر عليه والذى نصفه بالأنحراف وعدم السواء وهذه الاستجابات يتعلمها الفرد من خلال عمليات الاشتراط وتخضع شأنها فى ذلك شأن سائر الأنماط السلوكيه لنفس قوانين التعلم والاشتراط (صبحى عبدالفتاح الكفورى،٣٥٠،٢٠٠٥).

الوراثة:

يرى بعض الباحثين أن فســيولوجية الدماغ عند الأطفال المصـــابين بالخجل هى التى تهيئهم لأن يستجيبوا استجابات تتصف بالخجل ، كما أن الجينات الوراثية لها تأثير كبير على خجل الأطفال ، فالطفل الخجول غالبا ما يكون له أب يتســم بصــفة الخجل أكثر مما كان يتمتع أحد أقاربه (العم ، الجد) بالخجل فالطفل يرث بعض صفات والديه. (أحمد محمدالزعبى ، ٢٠٠٥، ١٠٥-١١١).

ويرتبط الخجل مع بعض المكونات البيولوجية فقد وجدت الدراســـات الطولية أن الأطفال الخجولين غالبا ما يكونون لأباء وأجداد خجولين فى طفولتهم ، ولديهم اســـتعداد وراثى ، وأكثر من ذلك أن الأطفال الخجولين غالبا ما يكونون من مواليد شهر سبتمبر وأكتوبر حيث ينتج الجسم فى هذا الوقت من الســنة الكثير من مادة الميلاتونين وهو هرمون ينشــط الأعصــاب وهذا الهرمون ينتقل من الأم إلى الجنين ، وهناك إرتباطات بيولوجية أخرى مثل الإرتباط بين الشـــخص ذى العيون الزرقاء والشعر الأصفر وبين إصابته بنوع من الحساسية (حمى القش) وقد وجدت هذه الصفات عند عائلات الأطفال الخجولين بشكل كبير (Henderson & Zimbardo, 2005, 497).

أعراض الخجل ومظاهره:

أ- الأعراض الفسيولوجية:

ومنها على سبيل المثال:

- شحوب لون الوجه.
- إحمرار الوجه مع إحمرار الأذن أحيانا.
- جفاف الحلق أو زيادة إفراز اللعاب والرغبة فى بلع الريق مرارا.
- زيادة خفقان القلب.
- ارتعاش الوجنات والأطراف والجفون (بشكل نسبى).
- زيادة إفراز العرق.
- إضطراب بسيط فى المعدة.
- زيادة ضغط الدم.
- دمع العين أحيانا.
- الارتباك والتوتر.
- آلام فى اليدين والكفين.
- الارتجاف والارتعاش اللاإرادى.

ب- الأعراض الاجتماعية:

ومنها على سبيل المثال:

- التخاطب الإشارى أو الإيمائى.
- التصرف بسلبية.
- تجنب التخاطب بالعين.
- تحاشى تكوين صداقات جديدة.
- البقاء على خلفية المواقف الاجتماعية.
- الرغبة فى الأنسحاب والأنعزال.
- تفضيل الوحدة.
- الرغبة فى الهروب.
- ضعف القدرة على التفاعل أو التواصل.
- ضعف الرغبة فى رؤية أحد.

جـ- الأعراض الأنفعالية والوجدانية:

ومنها على سبيل المثال:

- البكاء.
- انخفاض الصوت.
- التوتر.
- الخوف.
- الضيق.
- الارتباك.
- التردد.
- ضعف الثقة فى النفس.
- كثرة الابتسام.
- تلعثم الكلام.
- عدم الشعور بالراحة أو الاستقرار.

د- الأعراض المعرفية:

ومنها على سبيل المثال:

- التشتت أثناء الحديث.
- البطء فى المناقشة.
- قلة التركيز.
- ضعف القدرة على الفهم.
- تداخل مؤقت للأفكار.
- ضعف قدرة الفهم والاستيعاب اللحظى.
- غياب الذهن الموقفى.
- إدراك الأمور على غير حقيقتها.
- إضطراب التفكير نسبيا.
- ضعف القدرة على أداء أى عمل ذهنى أو جهد عقلى.
- إضطراب التعبير عن الرأى نسبيا (بسمة ابراهيم الجبإلى ، ٢٠١٥، ٣١).

سمات الشخص الخجول:

كشفت نتائج الدراسات السابقة عن وجود بعض الأدلة التى تكشف عن الأفراد الخجولين من خلال الإرتباطات السلوكية والمواقف الاجتماعية الآتية:

١- يميلون لإظهار عزلة كبيرة خاصة فى العلاقات مع الجنس الآخر.

٢- لديهم بطء فى البدء بالحديث مع الآخرين ، وفى تغيير حالة الصمت وفى الكلام ، الخجل عندهم عائق يمنعهم من إظهار وتوضيح كفاءتهم الحقيقية عند التعامل مع الآخرين.

٣- يميلون لقضاء وقت أقل فى التحدث.

٤- يميلون لقضاء وقت أكثر فى الأنشغال بالذات ، وهم أكثر مبالغة فى تأملهم وتقييمهم لذواتهم.

٥- يحكم عليهم الآخرون بأنهم أكثر قلقا وتوترا وكبتا وأقل جاذبية وأقل قدرة على تكوين صداقات.

٦- يميلون لعدم اختيارهم كقاعدة للمجموعة.

٧- يصفون أنفسهم بأنهم أكثر كبتا وشعورا بالوحدة وأقل لياقة من الآخرين.

٨- يتصفون بعدم الثقة فى قدرتهم على التداخل والتفاعل الإجتماعى.

(Crozier, W.R., 1997, 85-95)

جوانب ومكونات الخجل:

الخجل يتصف بأنه حالة وجدانية عنيفة تصحبها إضطرابات فسيولوجية حشوية وتعبيرات حركية مختلفة ، ولاشك أن الخجل على درجات مختلفة من الشدة ، فهناك الخجل المعتدل وكذلك المستويات المرتفعة والمنخفضة من الخجل.

وإذا حللنا أى انفعال كالخجل أو الضعف أو الخوف ، أو الحزن أو الشعور بالذنب أو الضحك وجد إنه يتألف من جوانب ثلاثة يمكن ملاحظتها ودراستها عمليا وهى:

١- جانب شعورى ذاتى يخبره الشخص الخجول وحدة ويمكن دراسته عن طريق التأمل الباطنى.

٢- جانب خارجى ظاهر يشتمل على مختلف التعبيرات والحركات والألفاظ والإيماءات التى تصدر عن الشخص الخجول.

٣- جانب فسيولوجى داخلى كخفقان القلب وتغير ضغط الدم وإضطراب التنفس والهضم وإفراز الغدد الصماء.

وهذه الجوانب الثلاثة ليست جوانب منفصلة أو ينتج بعضها عن بعض ، بل هى استجابات متكاملة تصدر عن الأنسان من حيث هو وحده نفسية (أحمد عزت راجح ، ١٩٩٧ ،٩٥-٩٦).

النظريات المفسرة للخجل:

هناك العديد من وجهات النظر والاتجاهات المفســـرة لظاهرة الخجل ، وأســـبابه ، وتطوره ، ومنها:

نظرية العلاج العقلانى - الأنفعإلى Rational-Emotive Thereby (RET):

يرى ألبرت أليس أن الحالة الأنفعالية ترجع إلى احساس الفرد المدرك ، وأن معتقدات الناس تؤثر فى ســـلوكهم ، فمعتقدات الفرد حول نفســـه وقدراته على التعامل مع المواقف الإجتماعية والأفكار غير الواقعية التى يحملها هى المسئولة عن الإضطراب النفسى.

وتؤكد النظرية أن الناس يستطيعون التحكم بعواطفهم وانفعالاتهم من خلال الطريقة التى ينظرون بها إلى الأحداث ، ومن خلال ردود الفعل التى يختارونها لمواجهة تلك الأحداث ، وثمة نظرية اســـماها أليس بنظرية (ABCDE) توضح كيف يؤثر التفكير على الأنفعالات.

تمثل (A) الخبرات والحوادث المنشـطة ، وأن الإضــطرابات العقلية لا تنشــأ عنها ، وإنما تنشــا بشـــكل مباشـــر عن (B) وتمثل (B) نظام المعتقدات والأفكار التى يتبناها الناس حول هذه الأفكار على شـــكل أوامر وحتميات مطلقة وأفكار لا عقلأنية وغير منطقية ، وتمثل (C) النتائج الأنفعالية مثل الخجل أو الأنطواء أو القلق أو الخوف وغيرها ، أما (D) فتمثل مواجهة المســـترشـــد للمعتقدات غير العقلأنية والتصدى لها ، أما (E) فتمثل ما يطلق عليه تأثير الفصل ، أى بعد فصل الأفكار اللاعقلأنية عن الموقف (A) ، ويعمد الفرد إلى تبنى أيديولوجية جديدة لحياته أكثر عقلأنية تزيد من قبول الفرد لذاته وللآخرين ، فمثلا إذا شـــعرت أنك رفضـــت وأحرجت الأنفعال (C) لعدم حصـــولك على ترقية (الموقف) ، فليس صـحيحا أن عدم حصـولك على الترقية سـبب فى الشـعور بالإحراج والرفض ، لذلك فالأنسـان مسـئول بشكل مباشر عن خلق الإضطراب الأنفعإلى لذاته ، من خلال المعتقدات التى يتبناها.

إن الأنســـان يفضـــل أن يحب ولا يكره ، أن يعتنى به ولا يتجاهله أحد ، ويحقق رغباته ولا يحرم منها ، بالإضافة إلى هذه النزعة الطبيعية نحو التفكير الملتوى فإن أليس وروجرز يوضحان أن الوالدين هما اللذان يؤثران فى أطفالهما لكى يصـــبحوا مضـــطربين عاطفيا ، وذلك يجعلهم يشـــعرون أنهم (سيئون) ولا قيمة لهم عندما يتصرفون بطريقة غير مقبولة.

نظرية التعلم الاجتماعى (ألبرت باندورا) Social Learning:

يعزو منحى التعلم الإجتماعى الخجل إلى القلق الإجتماعى ، والذى بدوره يثير إنماط متبانية من السلوك الأنسحابى ، وعلى الرغم أن النتيجة الطبيعية للأنسحاب والتفادى تتمثل فى خفض معدلات القلق ومن ثم الخجل ، إلا أنه يمنع فرصة تعلم المهارات الاجتماعية الملائمة ، ولا تتوقف سلبيات الخجل الناجم عن القلق الاجتماعى عند هذا الحد ، ولكنها تمتد لتكون عواقب أخرى معرفية تظهر فى شكل توقع الفشل فى الموقف الإجتماعى ، وحساسية مفرطة للتقويم السلبى من قبل الآخرين وميل مزمن لتقويم الذات تقويما سلبيا.

تقوم طريقة إستخدام النمذجة السلوكية أو النمذجة على أساس إتاحة نموذج سلوكى مباشر (حى) أو ضمنى (تخيلى) للمسترشد ، حيث يكون الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج السلوكى المعروض للمسترشد بهدف إحداث تغيير ما فى سلوكه (إكسابه سلوكا جديدا أو زيادة أو إنقاص سلوك موجود لديه) وقد ظهرت فى السنوات الأخيرة دراسات عديدة تظهر إمكانية إستخدام هذه الطريقة الإرشادية والعلاجية مع كثير من المشكلات والإضطرابات مثل التدريب على السلوك التوكيدى ، وحالات القلق ، وحالات العدوان ، وعيوب النطق ، وفى إكساب الطفل المهارات الاجتماعية ، وفى بعض حالات الوسواس والسلوك القهرى ، وحالات المخأوف المرضية وغيرها

وهذا يعنى أن الخجل يمكن أن يكون متعلما (مكتسبا) من خلال التقليد والملاحظة أو ما عبر عنه باندروا بالنمذجة ويكون ذلك بتقليد الأبناء لسلوك والديهم فى حال كانوا خجولين (النموذج الوالدى).

النظرية النفسية الاجتماعية (أريك إريكسون) Psychosocial Theory:

يرى إريكسون أن مدى قدرة الأطفال الصغار على اكتساب الاحساس بالثقة فى الأخرين وفى العالم يتوقف على نوعية رعاية الأم لهم ، فالأم هى التى تضبط الإشباع والأمن ، ذلك أن الاحساس بالثقة لا يعتمد على مقدار الطعام الذى يتلقاه الطفل ، ولا تعبيرات العطف ، بل يتوقف على قدرة الأم على توفير الاحساس بالألفة للطفل ، وبالاتساق والاستمرارية ، وبتماثل الخبرة.

ويضيف إريكسون أن سلوك الأم تجاه رضيعها يلعب دورا بارزا فى توطيد شعوره بالثقة تجاه عالمه وهذه الثقة مبنية على الشعور بأنه يستطيع الاتكال على والديه لتوفير العناية والدعم ، وأن العالم آمن وجميل.

وقد ضم إريكسون دورة الحياة إلى ثمانية أعمار أو مراحل تشير إلى ثمانى فقرات أساسية ترتبط باهتمامات الأنا ، وفى نمو الشخصية يتتابع نمو مكوناتها فى مراحلها من الطفولة إلى الشيخوخة ، وكل مرحلة تعتبر بمثابة نقطة تحول تتضمن ازمة نفسية اجتماعية ، يعبر عنها اتجاهان أحدهما يتضمن خاصية مرغوبة ، والآخر يتضمن خطرا ، فإذا اتجه النمو ناحية المرغوب فذلك خير ، وإذا اتجه نحو الخطر ظهرت مشكلات النمو ، ويؤكد إريكسون أن الأزمة النفسية الإجتماعية يجب أن تحل قبل أن ينتقل الفرد بنجاح إلى المرحلة التالية.

أما ما يختص ببدء تكون الخجل لدى الطفل قد جاء فى المرحلة الثانية وهى: مرحلة الاحساس بالاستقلال الذاتى مقابل الخجل والشك (٢-٣) سنوات:

١- ينمو لدى الطفل الضبط العضلى ويتحرك ماشيا ، ويبدأ فى التدريب على الإخراج ، ويحتاج إلى الحزن كحماية ضد فوضى دوافعه ، ويؤدى الشعور بضبط النفس والاستقلال الذاتى الذى يتعلمه فى هذه المرحلة إلى شعوره بالإرادة والزهو ، وإتاحة الفرصة لممارسة بعض المهارات بأسلوبه وطريقته.

٢- الفشل فى تحقيق التحكم الذاتى ، والرعاية الزائدة ، ونقص المساندة تؤدى إلى الشعور بالخجل والشك فى الذات وإمكاناتها ، والشك فى الآخرين.

نظرية الحساسية الاجتماعية والاتجاه إلى الأنعزال الذاتى:

Social Sensitivity and Self-tendency Theory:

يرى إيشياما Ishiyama أن الخجل هو حساسية اجتماعية قلقة واتجاه للأنعزال الذاتى ، حيث أن معظم الناس الخجولين يميلون إلى الاعتقاد بأن مشاكلهم فريدة ، وإنه لا يوجد شخص أخر لديه نفس الصعوبة التى كانت لديهم ، ويشير إيشاما أن ذلك قد يرجع إلى نزعة ذاتية خاصة بين الناس الخجولين ، ويشير إلى أن الاتجاه التخصصى الذاتى قد يرجع إلى كون الناس الخجولين أقل إدراكا لخجل الآخرين لكونهم مفرطى الحساسية تجاه الخجل الخاص بهم ، وقد ينسب الأشخاص الخجولين سبب خجلهم إلى شخصياتهم وبالتإلى يقللون من ثقتهم بأنفسهم. (ناجى عبدالعظيم مرشد ، ٢٠٠٣، ٨١).

نظرية انشغال البال الذاتى القلق Anxious Self-Preoccupation Theory:

يرى كروزير Crozier أن الخجل هو قابلية لأنشغال البال الذاتى ، والقلق كاستجابة لمواقف اجتماعية مهدده ، ووصـــف تقدير الذات باعتباره مكونا مهما للخجل فالأفراد الخجولون ذو تقدير الذات المنخفض ربما يدخلون فى المواقف الإجتماعية خائفين من الافتقار إلى المهارات الإجتماعية ومن التقييم السلبى من الآخرين. (Crozier, E.R., 1995, 85-95)

نظرية الخجل الاجتماعية Shyness and Sociability Theory:

فى إطار هذه النظرية يعرف الخجل بأنه توتر وكبت يزداد عندما تكون مع الآخرين والخجل ليس مجرد اجتماعية منخفضة عندما تعرف الاجتماعية بأنها تفضيل للأندماج أو الحاجة إلى التواجد مع الناس ويشير تشيك وبص لوجود عنصر وراثى فى الخجل (Cheek, J.M., & Buss, C.K., 1981, 577).

دراسات تناولت التلعثم والخجل الإجتماعى :

دراســـة (أحمد عرفان ، ٢٠٠٢) وهدفت الدراســـة بيان دور الدافعية وبعض المتغيرات النفســـية (الاكتئاب ــ الخجل ــ العصابية ــ الأنبساط/الأنطواء ــ موقع التحكم ــ مهارة الاتصال ــ التلعثم) فى تحسين التكيف وتحقيق الطلاقة الكلامية لدى المصابين بالتلعثم. وتكونت عينة الدراسة من عينتين فى المدارس (٣٣) وفى مركز علاج التخاطب (١٦) ومن عينة ضـــابطة غير متلعثمة (٣٤) وتوصـــلت الدراســـة إلى أن العينتين من المتلعثمين تحســـنت طلاقتهما بدرجات متقاربة وأثبتت النتائج الأثر الإيجابى للدافعية النشطة فى تحقيق الطلاقة اللفظية.

ودراسة (Ortega,2009) وتهدف الدراسة إلى التعرف على التلعثم والضغوط النفسية المصاحبة للتلعثم وذلك بإستخدام هرمونات التوتر كمؤشر فسيولوجى، وتكونت عينة الدراسة من ٦ أولاد و٣ بنات تترأوح اعمارهم من(٦-١١) سنة. وتم الافتراض بأنة ردا على الضغوط اليومية العادية سيتم تمييز الاطفال الذين لديهم تاريخ من التلعثم .وتوصلت الدراسة إلى ان الاطفال الذين لديهم تلعثم يميلون إلى تقديم مشاعر إيجابية ويميلون إلى البحث عن الدعم الاجتماعى والاعتماد على الذات وحل المشكلات كاستراتيجيات تاقلم لديهم .

ودراسة (ولاء احمد الريفى،٢٠٠٩) وتهدف الدراسة إلى تطبيق طريقة سميث اكسنت لعلاج التلعثم وكذلك معرفة اثرها على سمات الشخصية لدى هولاء الاطفال .

وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفل متلعثم تتراوح أعمارهم ما بين ٩-١٢ عام قسموا إلى مجموعتين ، تجريبية (١٥) طفل ،وضابطة (١٥) طفل ،واتخدمت الباحثة مقياس ستانفورد بينية وإختبار شدة التلعثم ومقياس القلق للاطفال (فيولا الببلأوى) ومقياس السلوك العدوانى للاطفال (امال باظة) ،وتوصلت الدراسة تحسن واضح وكبير فى درجة التلعثم لدى الاطفال المتلعثمين بعد جلسات الطريقة ،وكذلك تحسن واضح فى سمات الشخصية مفهوم الذات والقلق والسلوك العدوانى نتيجة لتحسن التلعثم .

ودراسة (هبه محمد رجب ،٢٠٠٧) هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق فى المناخ الأسرى التى تعرض له الأطفال المتلعثمين ونظيرتها السوية ومعرفة الفروق بين الأنبساط والأنطواء والخجل بين العينة المتلعثمة (المتلجلجة) ونظيرتها السوية وتكونت عينة الدراسة من (٤٢) طفلا متلجلجا و(٩١) طفلا سويا. واستعين بنموذج لفحص حالة التلعثم "استمارة بيانات أولية" ، إختبار الذكاء المصور ، مقياس المناخ الأسرى. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المتلجلجين والأسوياء فى متغير المناخ الأسرى لصالح الأطفال المتلجلجين فى بعد العمليات المرضية ولصالح الأطفال الأسوياء فى بعد العمليات السليمة الجيدة ، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الأسوياء والمتلجلجين فى متغير الأنطواء والخجل لصالح الأطفال المتلجلجين.

ودراسة (أحمد كمال ، ٢٠١٤) وتهدف الدراسة إلى الكشف عن تباين التلعثم فى القياسين القبلى والبعدى وتباين الرهاب فى القياسين القبلى والبعدى ،وتكونت عينة الدراسة من (١١) من الاطفال الذين يعانون من التلعثم ممن تترأوح اعمارهم من (٩ـ١٢) سنة واستخدم الباحث مقياس شدة التلعثم ومقياس الرهاب الاجتماعى (اعداد الباحث) وبرنامج سلوكى معرفى ،وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق بين القياسيين القبلى والبعدى على مقياس شدة التلعثم ومقياس الرهاب الاجتماعى لصالح القياس البعدى مما يدل على فاعلية البرنامج السلوكى المعرفى.

التعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال الدراسات السابقة تبين للباحث أن هناك علاقة وثيقة بين التلعثم وبعض الإضطرابات النفسية ومن اهمها الخجل الاجتماعي أو الرهاب الإجتماعى أو الأنطواء ، ويبدو واضحا من خلال الدراسات أن علاج التلعثم يترتب علية التخفيف من هذه الإضطرابات ، ومن الدراسات التى اكدت على هذه النتيجة دراسة (هبة محمد رجب ،٢٠٠٧) ودراسة (Ortega,2009) والتى هدفت إلى علاج التلعثم والضغوط النفسية المصاحبة ، وكذلك دراسة (احمد كمال ،٢٠١٤) والتى هدفت إلى قياس شدة التلعثم والرهاب الإجتماعى قبل وبعد البرنامج ، وهناك دراسات إهتمت بالمناخ الأسرى في علاج التلعثم وايضا علاج الأنطواء والخجل مثل دراسة (هبة محمد رجب ،٢٠٠٧) ، ومن الدراسات من اهتم بتطبيق بعض البرامج العلاجية لعلاج التلعثم ومعرفة اثر ذلك على بعض سمات الشخصية مثل دراسة (ولاء الريفى ، ٢٠١٤) ،ويتضح ايضا من الدراسات السابقة انها إهتمت بالعلاج الجماعى دون الفردى لأنه يتيح فرصة للتنافس الإيجابى بين المتلعثمين لإكتساب مهارات جديدة للتغلب على مشكلة التلعثم وايضا التغلب على الضغوط النفسية والتقليل من حدة التوتر والخجل الإجتماعى لدى هولاء الأطفال ، ويتضح أن بع الدراسات إهتمت بالمسرح المدرسى أو السيكودراما واللعب لأن هذا الأسلوب لة دور فعال في علاج التلعثم لأن ذلك يؤدى إلى اظهار دوافعهم المكبوتة والعمل على علاجها بطريقة صحيحة.

الفصل الرابع
تقدير الذات

مفهوم تقدير الذات

التعقيب على التعريفات

نمو تقدير الذات

مستويات تقدير الذات

العوامل المؤثرة في تقدير الذات

نظريات تقدير الذات

تعقيب الباحث على النظريات

الدراسات السابقة التى تربط بين اضطراب الكلام وتقدير الذات

النعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الرابع

تقدير الذات

يعد تقدير الذات من المفاهيم التى اهتم بها علماء النفس والباحثين على حد سواء وهذا لأهميته فى تكوين الشخصية السوية.

إن دراســـة مفهوم الذات ، وتقديره من الموضـــوعات المهمه التى مازالت تتصـــدر المراكز الأولى فى البحوث النفسية ، والشخصية ، وقد احتلت الذات مكانة بارزة فى نظريات الشخصية ، وتعددت الآراء ، واختلفت التيارات التى تنأولت فكرة الذات وإتضح لكثير من علماء النفس أن مفهوم الذات ما هو إلا تكوين فرضـــى معقد يتميز بأكثر من بعد حتى أن هذه المدارس أقرت بأن هناك أكثر من ذات ، وأن لكل منها نشأتها ، وتطورها ، وأن الوسط الذى يعيش فيه الأنسان مسئول عن نمو هذه الذات متعددة الأبعاد ، والخصائص ، والصفات ، وتقدير الذات Self-Esteem أحد جوانب المفهوم الأقدم ، والأوسع وهو مفهوم الذات ، أو هو على الأصح أحد مشتقات هذا المفهوم (عفراء سعيد خليل ، ٢٠٠٠،٥٣).

ويعتبر تقدير الذات موضوع مركزى فى حياة الأنسان ، وليس مفهوما مجردا ، وهو موضوع أساسى للعديد من الدراسات ، والنظريات ، والتطبيقات النفسية ، وتعود بداية الدراسات حوله إلى عام ١٩٨٠م ممايجعله من أقدم مواضيع علم النفس (زينب ماجد ملص ، ٢٠٠٧،١٨).

بينما فرق هاما تشيك Hamatchec بين ثلاث مصطلحات أساسية هى: الذات Self ، ومفهوم الذات Self-Concept ، وتقدير الذات Self-Esteem حيث يرى أن كلا منها يمثل جزءا من شخصية الفرد الكلية ، فالذات هى الجانب الذى نعيه عن أنفسنا فى المستوى الشعورى. أما مفهوم الذات فإنه يشـــير إلى تلك المجموعة الخاصـــة من الأفكار والاتجاهات التى تتكون لدينا حول وعينا بأنفسنا فى أى لحظة من الزمن ، أو هو ذلك البناء المعرفى المنظم الذى ينشأ من خبرتنا بأنفسنا. أما مفهوم تقدير الذات أى تقييم الشخص لنفسه فى حدود طريقة إدراكه ووعيه لآراء الآخرين فيه ،وفكرة المرء عن نفسه هى نمط إدراكه ووعيه لذاته (عبدالمجيد منصور ، ١٩٨٩، ٢٢٨).

ويعتبر مفهوم تقدير الذات أحد المفاهيم الأساسية المستخدمة فى الحديث عن الذات ، بوصفها أحد أنظمة الشخصية فى علم النفس الحديث ، ورغم الخلط الذى قد يحدث أحيانا بين مصطلحى مفهوم الذات ، وتقدير الذات إلا أن التمييز بينهما يرجع إلى الكتابات المبكرة لوليم جيمس William James الذى فرق بين الوعى الذاتى ، أو الوعى بالذات Self-Awareness، وبين التقويم الذاتى أو تقويم الذات Self-Evaluation. (السيد مصطفى السنباطى ، ٢٠٠٧،١٢٤).

مفهوم تقدير الذات:

ويعرف تقدير الذات فى معجم علم النفس والطب النفسى بأنه "اتجاه نحو تقبل الذات والرضا عنها واحترامها ، ومشاعر استحقاق الذات وجدارتها مقوم أساسى فى الصحة النفسية ، كذلك فإن نقص تقدير الذات ومشاعر عدم الجدارة هى أعراض اكتئابية شائعة.

وعرفه كوهن Cohen بأنه درجة التطابق بين الذات المثالية ، والذات الواقعية ، أما كوبر سميث Copper Smith فقد عرف تقدير الذات بأنه تقييم يضعه الفرد لنفسه وبنفسه ويعمل من أجل المحافظة عليه (عبدالوهاب كامل ، ٢٠٠٢، ٢٧).

بينما كوبر سميث Copper Smith ينظر لتقدير الذات بأنه تقييم يضعه الفرد لنفسه وبنفسه ويعمل على الحفاظ عليه ، ويتضمن هذا التقييم اتجاهات الفرد الإيجابية ، والسلبية نحو ذاته ، وهو مجموعة من الاتجاهات ، والمعتقدات التى يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به ، وذلك فيما يتعلق بتوقعات النجاح والفشل ، والقبول ، وقوة الشخصية (مجدى محمدالدسوقى ، ٢٠٠٨، ٣٥).

كما أن تقدير الذات عبارة عن مدرك أو اتجاه يعبر عن إدراك الفرد لنفسه وعن قدرته نحو كل ما يقوم به من أعمال وتصرفات ، ويتكون هذا المدرك فى إطار حاجات الطفولة وخاصة الحاجة إلى الاستقلال والحرية والتفوق والنجاح (مصطفى احمد فهمى ، ١٩٧٥).

تقدير الذات هو الميل إلى النظر نحو الذات على أنها قادرة على التغلب على تحديات الحياة، وأنها تستحق النجاح والسعادة ، كما أنه مجموع من المشاعر التى يكونها الفرد عن ذاته ـــ بما فى ذلك الشعور باحترام الذات وجدارتها ـــ تستند إلى أن الذات جديرة بالمحبة ـــ جديرة بالأهمية ، بمعنى أن الأفراد لديهم كفاية لتدبير شئون أنفسهم وبيئتهم ، وان لديهم شيئا يقدموه للأخرين ، كما أن تقدير الذات يسأوى الشعور بالرضا الذى ينشأ نتيجة تلبية حاجاته (وفاء طاهر عبدالوهاب ، ٢٠١٤، ٤٥٩).

إن تقدير الذات يتمخض عن وعى أو رؤية سليمة موضوعية للذات فقد يغإلى الفرد فى تقديره لذاته ويصـاب بما يمكن وصـفه بسـرطان الذات أو تضـخم مرضـى خبيث فى ذات الفرد يجعله غير مقبول من الأخرين ويبحث عن الكلام بدون عمل والعدوانية اللفظية ، أو أن الفرد قد لا يعطى نفســه حقها ويحط من قدرها وبالتإلى ينحدر بذاته نحو الدونية والاحســاس بالنقص. وأخيرا فقد يكون الفرد متزنا يجمع بين الكبرياء الحميد والتواضــع واحترام الآخرين (وحيد مصــطفى كامل ، ٢٠٠٣، ١٢١).

ويرى بيرنز Burns إن تقدير الذات هو قدرة الفرد على أن يحب نفســه ، ويحترمها عندما يخســر تماما كما يحبها ويحترمها عندما ينجح ، وهو أكثر من مجرد شــعور طيب تجاه الذات والتفاخر بالأنجازات حيث يتعلق بالطريقة التى نحكم بها على أنفسنا ، وعلى قدرتنا على رؤية أنفسنا من منظور قيمتها (سناء محمد سليمان ، ٢٠٠٥، ١٨).

أما ماسلو Maslow فيرى أن تقدير الذات هو حاجة كل فرد إلى تكوين رأى صائب عن ذاته وعن احترام الآخرين له ، والشعور بالكفاءة الشخصية وتجنب الرفض ، ويقسم ماسلو حاجات التقدير إلى قسمين أولهما يتضمن أشياء مثل الجدارة ، والكفاءة ، والثقة بالنفس ، وقوة الشخصية ، أما القسم الثانى ، فهو التقدير من جانب الآخرين ، ويتضمن الكفاءة ، والتقبل ، والشهرة (سناء محمد سليمان ، ٢٠٠٥، ٥٧).

اما بيرنســتين Bernstein فيعتبر تقدير الذات جزءا من مفهوم الذات الذى يمكن تعريفه بأنه الطريقة التى ينظر بها الفرد إلى نفســه حيث أن مفهوم الذات يشــمل كل الطرق التى يقارن بها الأشخاص أنفسهم مع الآخرين ، وتشمل المقارنات الجسمية ، والعقلية ، والاجتماعية ، فى حين يعتبر تقدير الذات بعد من أبعاد مفهوم الذات (زينب ماجد ملص ، ٢٠٠٧، ٣٢).

ويعرف تقدير الذات بأنه "اتجاهات الفرد الشاملة ــ سالبة كانت أم موجبة ــ نحو نفسه. فتقدير الذات المرتفع يعتبر فيه الشخص نفسه ذا قيمة ، وأهمية فى حين أن تقدير الذات المنخفض يعبر عن عدم رضــا الفرد عن ذاته ، فتقدير الذات هو تقييم يقوم به الفرد نحو ذاته ، هذا التقدير من قبلة هو الذى يعكس شعوره بالجدارة والكفاءة" (سناء محمد سليمان ، ٢٠٠٥، ٢٧).

التعقيب على التعريفات.

حظى مجال البحث فى الصحة النفسية وعلم النفس بدراسات عديدة تنأولت مفهوم تقدير الذات باعتباره مفهوما سيكولوجيا يتضمن العديد من أساليب السلوك ، فضلا عن إرتباطه بمتغيرات شتى ، فهو يرتبط بقدرة الفرد على التوافق مع ذاته ومع الآخرين وقدرته على تحديد أهدافه الشخصية ، وقد ظهر هذا المفهوم فى الخمسينيات من القرن الماضى وسرعان ما أخذ مكانه فى الأدبيات السيكولوجية وتعددت تعريفاته من جانب الباحثين والمشـــتغلين بالدراســـات النفســـية ولا ســـيما المهتمين بمجال الشخصية.

لذلك فهو أحد أهم العناصـر فى بناء الشـخصـية ، إذ أن الأفراد ذوى تقدير الذات المرتفع أكثر صحة وأمنا وسلامة عن ذويهم ذوى تقدير الذات المنخفض.

وعليه فقد أصـــبح هذا المفهوم حجر الزأوية فى الكثير من دراســـات الشـــخصـــية النظرية والتجريبية ، حيث أن لمعتقداتنا عن ذاتنا كل التأثير فى سلوكنا وتوافقنا الشخصى والاجتماعى.

ويرى الباحث أن مفهوم تقدير الذات لم يتم تحديده بشـــكل دقيق ، وهو كغيره من المفاهيم فى علم النفس التى تباينت آراء ونظريات علماء النفس ، والباحثين حولها ، وقد يرجع الســـبب فى ذلك إلى اختلاف الأطرا لمرجعية ، وكذا لأهميته فى علم النفس حيث تنأوله الكثير من الباحثين باختلاف مذاهبهم ، وتوجهاتهم ، يعرفه الباحث بأنه:

"هو الميل إلى النظر نحو الذات على أنها قادرة على التغلب على تحديات الحياة، وأنها تستحق النجاح والسـعادة ، كما أنه مجموع من المشـاعر التى يكونها الفرد عن ذاته ـــــ بما فى ذلك الشـعور باحترام الذات وجدارتها ـ تستند إلى أن الذات جديرة بالمحبة ـ جديرة بالأهمية ، وتقدير الذات المرتفع يعتبر فيه الشـــخص نفســـه ذا قيمة ، وأهمية فى حين أن تقدير الذات المنخفض يعبر عن عدم رضـــا الفرد عن ذاته ، فتقدير الذات هو تقييم يقوم به الفرد نحو ذاته"

نمو تقدير الذات :

أن تقدير الذات يتكون منذ الأسبوع السادس للطفل ، وذلك استنادا إلى الكيفية التى يستجيب بها العالم من حولهم لاحتياجاتهم الجســـمية ، والأنفعالية (الجوع ، البرد ، البكاء ، الخوف) وأثناء مرور الأطفال بمراحل النمو المختلفة فإن تقديرهم لذواتهم يتغير تبعا للكيفية التى يســـتجيب بها الأشـــخاص المهمون فى حياتهم لإحتياجاتهم ، وتبعا لدرجة النجاح التى يحققونها فى اجتياز كل مرحلة من مراحل النمو (وفاء طاهر عبدالوهاب ، ٢٠١٤، ٤٦٠).

ويتضـــح للباحث تأكيد روجرز على مدى الإرتباط الكبير بين تقدير الذات لدى الفرد وتقدير الأخرين له فكل فرد يســعى جاهدا لكى يحظى بتقدير الأشــخاص المحيطين به ، فتقدير الأخرين يعد واحدا من أهم المحكات التى يســتطيع الفرد تقييم نفســه من خلالها ، فالفرد عندما يقيم نفســه على أنه شـــخص ناجح فلابد أن يكون هذا التقييم معتمدا على معيار النجاح فى المجتمع ، فالفرد عادة ما يقيم نفسه وفق المعايير المشتقة من تقاليد وأعراف المجتمع.

أن تقدير الذات المنخفض عادة ما يكون ناتجا عن عدم حب الأشخاص لأنفسهم ، وأيضا وضع أهداف عالية وغير مرنة يصعب تحقيقها ، أما تقدير الذات المرتفع فيكون ناتجا عن وضع الأشخاص لأنفســهم أهدافا مناسـبة يسـتطيعون تحقيقها مما يدفعهم لوضــع أهدافا أكبر ، ومن ثم تحقيق إنجازات عديدة فى مســتقبلهم تجعلهم يشــعرون بالســعادة ، وتزيد من مســتوى تقديرهم لأنفســهم (Susan Cloninger, 1996, 112).

وأن تقديرنا لأنفسنا يرتبط باحساسنا بقدراتنا إلا أن التصديق على امتلاكنا لهذه القدرات يعتبر هاما جدا بالنسبة لرفع مستوى تقدير الذات لدينا ، فتقدير الذات كما أنه يرتبط باحساسنا الداخلى فإنه أيضــا يرتبط بالآخرين ، فعلى سـبيل المثال إذا أردنا أن نتأكد من أننا أذكياء ، فلا يكفى أن نقوم بفعل الأشــياء بأســهل طريقة وأقلها أخطاء ، إنما أيضـــا بمقارنة ذكائنا بذكاء الأخرين وقدراتنا بقدراتهم (Carol Dweek, 2000, 56).

الحاجة إلى تقدير الذات:

إن أسـاس نشـأة حاجة تقدير الذات هو ما سماه كولى Colly بالذات المنعكسة ، والتى تبدأ فى الظهور خلال الســنة الأولى من العمر ، وتنطوى على ثلاث عناصــر مركزية وهى: تخيل الفرد لما يبدو عليه من وجهة نظر الأخرين ، تخيل الفرد لحكم الآخرين عليه ، ما يترتب على ذلك من شــعور الفرد بالفخر أو شـــعوره بالدونية ، ويتحدث كولى عن مراحل نمو هذه الذات حيث يكشـــف الفرد منذ طفولته المبكرة عن العلاقة (أى يشعر بالقدرة على التحكم فيها حيث أن أفعال الأخرين تكون مترتبة على أفعاله) ، ويسـتمد الفرد سـرورا من شـعوره بالتحكم فى أفعال الآخرين ويسـتزيد من هذا السـرور بزيادة التأثير فيهم ، إن هذا السلوك يثير لدى الفرد انشغالات مما عساه أن يكون رأى الآخرين فيه ، ثم لا يلبث أن يهتم برأى البعض دون البعض الأخر ، تلك الآراء هى التى تحدد مدى إشـــباع حاجته إلى التقدير الإيجابى من الأشـخاص المحيطين به. والتى تنعكس بدورها على إشـباع حاجته لاحترام ذاته ، وتقديرها (مصطفى سويف ، ١٩٨٣، ١٨٤).

ويتفق روجرز Rogers مع كولى Colly فى أن نشـــأة الحاجة إلى تقدير الذات ترتبط منذ ظهورها بما أســماه بالاعتبار الإيجابى ، وهو رغبة الشــخص فى الحصــول على تقبل الآخرين ، وتقديره ، ولكنه يجد أن هذا التقدير من الآخرين لا يتأتى إلا بشــروط معينة ، لذلك فالشــخص يعمل دائما لتحقيق هذه الشروط حتى يستطيع إشباع حاجة للاعتبار الإيجابى ، وهكذا نجد أن حاجة تقدير الذات تنشأ من العلاقات بين الشخصين ، والأشخاص المحيطين به ، فتقدير الشخص لنفسه مرهونا بتقدير الآخرين له (هول لندزل ، ١٩٧١، ٦٢٤).

ويتضـــح للباحث مما ســبق أن تقدير الذات بمثابة تقييم عام لقدرات الفرد ينقله إلى الآخرين بالأساليب التعبيرية المختلفة ، وتتضح أيضا أهمية العوامل البيئية والعوامل الشخصية فى تكوين تقدير ذات مرتفع أو منخفض لدى الفرد ، واهمية القلق فى تكوين تقدير ذات مرتفع لمن لا يعانى من القلق ولديه درجة ملائمة من الاستقرار النفسى ويستطيع مشاركة الآخرين والإقبال عليهم والتعامل معهم ، أما من يعانى من القلق والتوتر النفســى الشــديد فإنه بلا شــك لديه مفهوم ســلبى عن ذاته ، وبالتإلى يعانى من التقدير المنخفض للذات.

مستويات تقدير الذات:

لتقدير الذات مستويين متناقضين الأول إيجابى ، والثانى سلبى ، فتقدير الذات الإيجابى يشير إلى ارتفاع تقدير الذات لدى الفرد ، ومدى احترامه لذاته ، ونظرته الإيجابية لها ، أما تقدير الذات السالب فهو يشير إلى انخفاض تقدير الذات لدى الفرد ، وعدم احترامه لذاته ، ونظرته السلبية لذاته ، واحتقارها ، ويمكن تصنيف مظاهر تقدير الذات إلى ما يلى:

أ- تقدير الذات المرتفع:

الأشخاص ذوى تقدير الذات المرتفع يعتبرون أنفسهم أشخاصا مهمين جدا يستحقون الاحترام والاعتبار ، فضـــلا عن إنهم لديهم فكرة محددة وكافية لما يظنوه صـــوابا ، كذلك فإنهم يســـتمتعون بالتحدى ولا يضطربون عند الشدائد ، ويستلزم لتقدير الذات الشعور بالكفاءة الشخصية ، والقيمة الشخصية ، والشعور بالثقة بالنفس ، واحترام الذات ، وحاجة الفرد لتقييم ذاته تعتبر متأصلة ونابعة من رغبته فيها.

كما أن الذين لديهم تقدير عال للذات:

- ينظرون إلى أنفسهم نظرة واقعية.
- يقبلون أنفسهم كأشخاص مقبولين.
- يستطيعون أن يحددوا نقاط القوة ، ونقاط الضعف لديهم.
- يستند تقديرهم لأنفسهم إلى تغذية راجعة صحيحة ، وليس لما يحبون أن يعتقدون عن أنفسهم ، ويكون لديهم مجموعة كبيرة من الأصدقاء يقيمون علاقات معهم ، ويستطيعون الأنسجام معهم سواء فى المدرسة ، أو العمل كما أن آرائهم قوية ، ولا يخشون التعبير عنها ، ولا يشعرون بالتهديدات بسبب المواقف الجديدة ، وعندما يواجهون بأخطائهم يقرون بها ، ويستطيعون إيجاد الحلول لمشكلاتهم يتعاملون بإيجابية مع الثناء ، والتقدير ، بينما الذين لديهم تقدير متدن للذات فيمكن تمييزهم بسهولة حيث يبدو عليهم اهتمامهم بالحفاظ على شعورهم باحترام الذات أو الفشل بشرف أكثر من اهتمامهم ببذل الجهد لإحراز النجاح ، وينشغلون بسلوكيات دفاعية لمنع الآخرين من معرفة القصور ، أو عدم الأمان الذى يشعرون به (كالتمرد ، المقأومة ، الكذب ، الغش ، التحدى ، الرد ، الشك فى الأخرين ، الأنسحاب والخجل ، الاستغراق فى أحلام اليقظة) (وفاء طاهر عبدالوهاب ، ٢٠١٤، ٤٦٢).

ب- تقدير الذات المتدنى:

تدنى الذات تعنى النظرة الدونية إلى النفس من حيث المظهر العام ، أو السلوك ، وفيه يشعر الأفراد بأن لا قيمة لهم ، وبأنهم يفتقرون إلى احترام الآخرين ، الأمر الذى يؤثر فى دوافعهم واتجاهاتهم وسلوكهم ، كما أن انعدام تقدير الفرد لنفسه يصيبه بالكثير من الإضطرابات (فقدان الثقة بالنفس ، والعجز عن إتخاذ القرارات ، والشعور بالإحباط والفشل ، ... الخ) إذ أن رؤيتهم للأشياء تعد رؤية تشاؤمية وبالتإلى يشعر الفرد بأن ذاته سلبية.

تذكر سوزان كلونينجر أن الدراسات وضحت لنا أن الأفراد الذين يقدرون أنفسهم سلبيا يسلكون بطريقة تحول دون تقديرهم إيجابيا من قبل الآخرين فعندما يفهم الناس أنفسهم بشكل سلبى ، فإنهم يشعرون بعدم السعادة العاطفية بل تنتابهم المشاعر السلبية ، مثل الخجل أو الارتباك ، فالأشخاص أصحاب تقدير الذات المنخفض عادة ما ينقدون أنفسهم أكثر من الأشخاص أصحاب تقدير الذات المرتفع. وقد يرجع ذلك إلى إنهم قد يعرضون أنفسهم لكثير من المخاطر ويقومون بالعديد من المجازفات وبالتإلى يشعرون بالفشل ، والإحباط ، وتزداد لديهم مشاعر الغيرة ، والحسد بحيث تصبح هى المشاعر السائدة لديهم (Cloninger, S., 1996, 122).

كما أن العديد من الاخصائيين النفسيين يشيروا إلى أن الأنسان حينما يعتقد أن شيئا ما صحيحا فإنه يســـلك بطريقة تتفق مع اعتقادة ، فمثلا إذا اعتقدنا أو فكرنا فى أنفســـنا على إننا ناجحين فإننا ســنحأول وبشــدة أن نكون ناجحين ، أما إذا اعتقدنا إننا فاشــلين فمن خلال ســلوكنا الذى يوجه هذا الاعتقاد ســتكون النتيجة بالطبع هى الفشـــل. فتقدير الذات يلعب الدور الرئيســـى فى طريقة تفكير الأشخاص ومشاعرهم وسلوكهم. (Arkoff, A., 1988: 113)

ويرى الباحث مما ســـبق أن تقدير الذات يظهر لنا فى مظهرين الأول إيجابى يعبر عن نظرة الفرد لذاته الداخلية بإيجابية ، ورضــاه عنها ، وبالتإلى تقديره لها حيث ينعكس هذا التقدير الذاتى على حياة الفرد ، وتوافقه الشـخصـى ، والاجتماعى ، وسلوكياته الأخرى ، بل تنعكس إيجابا على صـحته النفســية ، بينما المظهر الثانى يتم عن نظرة ســلبية نحو الذات تنعكس ســلبا وتؤثر على ســلوكياته ، وتؤدى إلى نتائج غير حميدة على المستويات الشخصية ، والاجتماعية.

العوامل المؤثرة فى تقدير الذات:

تتنوع العوامل المؤثرة فى تكوين أحد قطبى الذات ارتفاعا كان ، أم انخفاضـــا ، وهناك نوعان من العوامل المؤثرة فى تكوين تقدير الذات المرتفع ، والمنخفض وهما:

ا- عوامل تتعلق بالفرد نفسه:

أثبتت البحوث والدراسات أن درجة تقدير الذات لدى الفرد لها علاقة بقدر خلوه من القلق ، أو عدم الاستقرار النفسى بمعنى أن الفرد إذا كان متمتعا بصـحة نفسية جيدة ، ونمو نفسى سليم ساعد ذلك على نموه طبيعيا ، ويكون تقديره لذاته مرتفعا ، أما إذا كان الفرد من النوع القلق ، وغير المستقر فإن فكرته عن ذاته تكون منخفضة وبالتإلى ينخفض تقديره لذاته.

ويرى الباحث أن الدراســات الســابقة حددت العوامل الذاتية المؤثرة فى تقدير الفرد لذاته فيما يلى:

- إذا كان الشخص من النوع القلق غير المستقر يكون تقديره لذاته منخفضا.
- أن تقدير الذات يتحدد بقدر خلو الفرد من الخوف.
- فقد الأمن وضعف الروح الاستقلالية للفرد والعزلة والخجل تؤثر فى تقدير الفرد لذاته.
- يؤثر ذكاء الفرد وســماته الشــخصــية والمرحلة العمرية والتعليمية التى يمر بها على تقديره لذاته.

ب- عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية:

يقسم علماء النفس العوامل التى تؤدى إلى تقدير الذات إلى قسمين:

١- التقدير الذاتى المكتسب وهو التقدير الذى يكتسبه الفرد خلال إنجازاته ، فيحصل على الرضا بقدر ما أدى من نجاحات ، فيبنى التقدير الذاتى على ما يحصله للفرد من إنجازات.

٢- التقدير الذاتى الشامل ويعود إلى الحس العام للإفتخار بالذات وهو ليس مبنيا على مهارات محددة أو إنجازات معينة ، وهو يعنى أن الأشخاص الذين أخفقوا فى حياتهم العملية لايزالون ينعمون بدفء التقدير الذاتى العام حتى وإن ـأغلق فى وجوههم الاكتساب (علاء الدين كفافى ، ١٩٩٩، ٥٢).

وايضا يجب ألا نغفل أثر العلاقات الاجتماعية فى اكساب الثقة بالنفس ، فهناك علاقة مباشرة بين التقدير الذاتى والنجاح الإجتماعى ، وهذا النجاح يشمل الاعتداد فى المظهر ، والنجاح العلمى ، والقدرة على تكوين علاقات اجتماعية جيدة ، إذ يحتاج الفرد إلى قدر من القبول والاحترام الاجتماعى ليكون لديه مشاعر إيجابية نحو نفسه (McKay, 2000, 726).

وذكر ماسلو Maslow عددا من الوسائل التى تساعد الأفراد على تقدير ذواتهم وتحقيقها وهى:

- استيعاب الخبرة بنشاط ، وتركيز تام.
- الاحساس بالمسئولية ، والأمان.
- مساعدة الأفراد على إدراك إمكانيتهم.
- تشجيع الفرد على الاستجابة للمواقف فى ضوء دوافعه الداخلية ، وحاجاته ، وليس وفقا لآراء الآخرين.
- مساعدة الفرد كى يكون على دراسة كافية بنفسه ، وأن ينفتح على نفسه ، وفهم دفاعاته مع تشجيعه فى التعبير عنها (على بن عبدالواحد الغامدى ، ٢٠٠٧، ٢٨).

ان تقدير الذات بمثابة تقييم عام لقدرات الفرد ينقله إلى الآخرين بالأساليب التعبيرية المختلفة ، وتتضح أيضا أهمية العوامل البيئية ، والعوامل الشخصية فى تكوين تقدير ذات مرتفع أو منخفض لدى الفرد ، وأهمية القلق فى تكوين تقدير ذات مرتفع لمن لا يعانى من القلق ولديه درجة ملائمة من الإستقرار النفسى ويستطيع مشاركة الآخرين ، والإقبال عليهم ، والتعامل معهم، أما من يعانى من القلق ، والتوتر النفسى الشديد ، فإنه بلا شك لديه مفهوم سلبى عن ذاته ، وبالتالى يعانى من التقدير المنخفض للذات (وحيد مصطفى كامل ، ٢٠٠٣، ٥).

نظريات تقدير الذات:

تتنوع التفســيرات النظرية لتقدير الذات بتنوع الإطار المرجعى لكل تفســير نظرى ، وكذا الرؤية الشـاملة لأصـحاب هذه التفسـيرات النظرية نحو الأسـباب التى تؤدى إلى ارتفاع ، أو انخفاض تقدير الذات ، والعوامل المسـببة لذلك ، وسـوف يتنأول الباحث أهم ، وأشـهر النظريات التى اسـهمت فى هذه التفسيرات كما يلى:

أ- نظرية روزنبرج Rosenberg Theory:

إن أعمال روزنبرج تدور حول محأولته دراسة نمو وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته وسلوكه ، من زأوية المعايير السـائدة فى الوسـط الإجتماعى المحيط بالفرد ، وقد اهتم روزنبرج بصـفة خاصـة بتقييم المراهقين لذواتهم ، ووسـع دائرة اهتمامه بعد ذلك بحيث شـملت ديناميات تطور صـورة الذات الإيجابية فى مرحلة المراهقة ، واهتم بالدور الذى تقوم به الأسـرة فى تقدير الفرد لذاته ، وعمل على توضـيح العلاقة بين تقدير الذات الذى يتكون فى إطار الأسـرة ، وأسـاليب السـلوك الإجتماعى اللاحق للفرد فيما بعد ، كما اهتم بشـرح وتفسـير الفروق التى توجد بين الجماعات فى تقدير الذات مثل تلك التى بين المراهقين الزنوج والمراهقين البيض ، والتغيرات التى تحدث فى تقدير الذات فى مختلف مراحل العمر ، واعتبر روزنبرج أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفســـه ، وما الذات إلا أحد هذه الموضــوعات يكون الفرد اتجاها نحوها لا يختلف كثيرا عن الاتجاهات التى يكونها نحو الموضــوعات الأخرى ، ولكنه فيما بعد عاد ، واعترف بأن اتجاه الفرد نحو ذاته ربما يختلف ولو من الناحية الكمية عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى (علاء الدين كفافى ، ١٩٨٩، ٩٦).

ب- نظرية كوبر سميث Cooper Smith Theory:

إذا كان تقدير الذات عند روزنبرج ظاهرة أحادية البعد بمعنى إنها اتجاه نحو موضوع نوعى ، فإنها عند كوبر سـميث ظاهرة أكثر تعقيدا وتعددا ، لأنها تتضــمن كلا من عمليات تقييم الذات ، وردود الفعل ، أو الاســتجابات الدفاعية ، وإذا كان تقدير الذات يتضــمن اتجاهات تقيميه نحو الذات ، فإن هذه الاتجاهات تتسـم بقدر كبير من العاطفة فتقدير الذات عند كوبر سـميث Cooper Smith هو الحكم الذى يصــدره الفرد على نفسـه متضـمنا الاتجاهات التى يرى إنها تصـفه على نحو دقيق ، ويميز كوبر سـميث بين نوعين من تقدير الذات ، الأول هو: تقدير الذات الحقيقى الدفاعى ، ويوجد فى الأفراد الذين يشــــعرون بالفعل أنهم ذوو قيمة ، والثانى هو تقدير الذات الدفاعى ، ويوجد عند الأفراد الذين يشـعرون أنهم غير ذى قيمة ، ولكنهم لا يستطيعون الاعتراف بمثل هذا الشعور والتعامل على أساسه مع أنفسهم ومع الآخرين.

وقد ركز كوبر سميث على خصائص العملية التى تصبح خلالها مختلف جوانب الظاهرة الاجتماعية ذات علاقة فى عملية تقييم الذات. وتجدر الإشارة أن كوبر سميث يرى أن مستويات تقدير الذات تختلف خلال الأنشطة ، والفعاليات المختلفة ، فمثلا ممكن أن تكون جيدة فى نشاط ما ، وضعيفة فى نشاط أخر ورد الفعل فى المواقف المختلفة له تأثير مباشر على تقدير الذات لأى فرد (غادة عبدالله الخضير، ١٩٩٩،٤٧).

جـ- نظرية زيلر Ziller Theory:

أن نظرية زيلر Ziller فى تقدير الذات لاقت شهرة أقل من نظريتى روزنبرج ، وكوبر سميث ، وقد حظيت بدرجة أقل فى الأنتشار ، ولكنها تعد من أكثر النظريات تحديدا ، وأكثرها خصوصية ، ودليل ذلك أن زيلر يعتبر تقدير الذات ما هو إلا البناء الاجتماعى للذات ، كما يرى إنه يجب أن ننظر إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال فى الشخصية ، وهو يؤكد أيضا أن تقييم الذات لا يحدث فى معظم الحالات إلا فى الإطار المرجعى الاجتماعى ، ويصف تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير الوسيط ، أو إنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات ، والعالم الواقعى ، وعلى ذلك فعندما تحدث تغيرات فى بيئة الشخص الاجتماعية ، فإن تقدير الذات هو العامل الذى يحدث نوعية التغيرات التى ستحدث فى تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك (علاء الدين كفافى ، ١٩٨٩، ١١٥).

تعقيب الباحث على النظريات:

ويرى الباحث أن النظريات المفسرة لتقدير الذات حتى وإن اختلفت الواحدة تلو الأخرى فى تفسير تقدير الذات إلا إنها أجمعت على أهمية الدور الاجتماعى ، فنظرية روزنبرج Rosenberg اكتفت بالاهتمام بجانب تقييم الفرد لذاته فى إطار القيم الاجتماعية ، بينما نظرية كوبر سميث Cooper Smith تجأوزت جانب التقييم للذات إلى ردود الفعل ، حيث يميز كوبر سميث بين نوعين من تقدير الذات ، الأول هو تقدير الذات الحقيقى ، ويوجد فى الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذوو قيمة ، والثانى هو تقدير الذات الدفاعى ، أو الاستجابات الدفاعية ، أما زيلر Ziller فقد رأى أن التقدير الذى يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير الوسيط ، أو إنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعى كما يرتبط مفهوم تقدير الذات ـــ طبقا لرأى زيلر ـــ بين تكامل الشخصية من ناحية ، وقدرة الفرد على أن تستجيب لمختلف المثيرات التى يتعرض لها من ناحية أخرى ، وذلك فإنه يفترض أن الشخصية التى تتمتع بدرجة عالية من التكامل تحظى بدرجة عالية من تقدير الذات ، وهذا يساعدها على أن تؤدى وظائفها بدرجة عالية من الكفاءة فى الوسط الاجتماعى الذى توجد فيه.

الدراسات السابقة التى تربط إضطرابات الكلام بتقدير الذات:

من خلال استعراض الدراسات التى إهتمت بإضطرابات الكلام ، وتقدير الذات توجد الكثير من الدراسات التى أشارت لوجود علاقة ، كما توجد دراسات دحضت هذه العلاقة ، كما أن العلاقة إن وجدت كان من الصعب التعرف على أى منهما سببا فى ظهور الأخرى.

وتشير غادة كسنأوى ٢٠٠٨ إلى أن Silverman & Zimmery توصلا فى دراسة لهما إلى أن اللجلجة لها آثار سلبية ، وعكسية على الثقة بالنفس ، وتقدير الذات ، وكذا يمتد أثرها السلبى على الجوانب النفسية ، والشخصية. وأشارت العديد من الدراسات إلى ذلك مثل دراسة

وتشير(عفراء خليل ،٢٠٠٠) أن من الصعب تحديد طبيعة العلاقة بين تقدير الذات والتلعثم ـ كأحد إضطرابات الكلام الشائعة ــــ فالتلعثم قد يكون السبب فى انخفاض مستوى تقدير الذات لدى الأطفال ، فالأطفال المتلعثمين يشعرون بأنهم أقل من أقرانهم الذين يتحدثون بطلاقة ، فيشعرون بالخجل ، والقلق ، وضعف الثقة بالنفس ، وبالتإلى يتدنى مستوى تقديرهم لذواتهم ، وفى المقابل قد يكون تقدير الذات المنخفض هو السبب فى حدوث التلعثم ــ كأحد إضطرابات الكلام ــ فالأطفال الذين يعانون من ضعف الثقة بالنفس ، وتدنى مستوى تقديرهم لذواتهم يشعرون بالخجل فى مواقف الخجل الاجتماعى ، أو عندما يتحدثون إلى أحد وخاصة إلى الأشخاص الذين يمثلون السلطة العليا ، كالأباء والمدرسين ، وبالتإلى ينعكس ذلك على كلام الفرد فيتردد بالكلام ، ويتلعثم.

كما تشير الدراسات كدراسة (جيهان عباس ، ١٩٩٨) إلى أن هنالك علاقة بين زيادة حدة التلعثم لدى الأطفال وبين كل من الآتى: سخرية الآخرين من التلعثم ، عدم تواجد الآخرين بالمنزل ، النشاط الحركى الزائد ، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المتلعثمين ، والأسوياء فى متغير تقدير الذات لصالح الأطفال الأسوياء ، وأن الذكور المتأتئين ، والأناث المتأتئات عامة أكثر تحفظا ، وأقل ذكاء ومغامرة واهتياجا ، وأكثر توترا ، وأنهم أضعف من حيث الأنا ، والأنا الأعلى ، وأقل اندفاعية ، واطمئنانا واعتبارا للذات ، وذلك مقارنة بالذكور ذوى الكلام الطبيعى ، وأن الإناث المتلعثمات كن أقوى من حيث الأنا الأعلى ، وأكثر تأملية ، ومرونة عقلية ، وأقل سذاجة ، وأكثر اعتبارا للذات مقارنة بالذكور المتأتئين.

ودراســة (صــفوت احمد عبدربه ،٢٠٠٠) وهدفت الدراســة إلى التحقق من فاعلية العلاج السـلوكى متعدد المحأورفى تخيف اللجلجة من خلال تطبيق برنامج مقترح اعدة الباحث ، وتكونت العينة من (٢٠) طفل في الصف الرابع الابتدئى وتم تقسيمهم إلى اربع مجموعات ، واشتملت ادوات الدراسـة على برنامج العلاج السـلوكى متعدد المحأور والقراءة المتزامنة ، وتوصـلت نتائج الدراسـة إلى فاعلية هذا البرنامج في تخفيف اللجلجة من خلال علاج المصـاحبات النفسـية ،وفاعلية القراءة المتزامنة والعلاج السلوكى معا في علاج اللجلجة.

واستخدمت دراسة بيشوب وآخرون (Bishop et al., 2009) اللعب في تنمية مهارات التواصل اللغوي وخفض الإضـطرابات اللغوية لدى الأطفال المعسـرين قرائياً في مرحلة الطفولة المتأخرة ، وتكونت عينة الدراسة من (٢٨٩) طفلاً في عمر (٤) سنوات ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية اللعب في تنمية مهارات التواصل اللغوي وتقليل الإضطرابات اللغوية لدى الأطفال المعسرين قرائياً في مرحلة الطفولة المتأخرة.

ودراسـة (رنا سـحيم الدبوس ،٢٠٠٨) هدفت الدراسـة إلى القاء الضـوء على مشـكلة التلعثم ومدى إرتباط هذه المشـكلة بالتحصـيل الدراسـى ومفهوم الذات لدى عينة من الأطفال المتلعثمين ، واشتملت ادوات الدراسة على مقياس مفهوم الذات ومقياس شدة التلعثم (سيداحمد البهاص)، وتكونت العينة من (٤٠) طفل وطفلة متلعثمين مجموعه تجريبية ،و(٤٠) طفل وطفله مجموعه ضـابطة ، وتوصـلت النتائج إلى وجود فروق دالة بين الأطفال المتلعثمين والعاديين في مفهوم الذات والتحصـيل الدراسى لصالح الأطفال العاديين.

ودراسة (صالح الغامدى،٢٠٠٩) وتهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين إضطرابات الكلام والثقة بالنفس وتقدير الذات . والفروق بين الثقة بالنفس وتقدير الذات بين المضطربين فى الكلام والعاديين .

وتكونت عينة الدراسة من طلاب المرحلة المتوسطة العاديين والمضطربين فى الكلام ،واستخدم الباحث استمارة ملاحظة إضطرابات الكلام ومقياس الثقة بالنفس ومقياس تقدير الذات من اعداد الباحث،وتوصلت الدراسة إلى انة توجد علاقة إرتباطية سالبة ذات دلالة احصائية بين إضطرابات الكلام والثقة بالنفس ،و توجد علاقة إرتباطية سالبة ذات دلالة احصائية بين إضطرابات الكلام وتقدير الذات لدى المضطربين فى الكلام .

دراسة (نوال احمد البدوى،٢٠١٣) هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين مفهوم الذات والتوافق النفسى والاجتماعى لدى عينة من الأطفال المتلعثمين ، وكذلك القاء الضوء على الفروق الخاصة بالتوافق النفسى والاجتماعى وفقا لمتغير النوع (ذكور- اناث) لدى عينة مكونة من (٤٠) طفل متلعثم في مرحلة الطفولة المتأخرة (٩-١٢) عام، واشتملت ادوات الدراسة على مقياس مفهوم الذات ومقياس التوافق النفسى والاجتماعى ، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين مفهوم الذات والتوافق النفسى والاجتماعى .

دراسة (يحيى حسين القطأونة ،٢٠١٣) هدفت هذه الدراسة إلى قياس فاعلية برنامج تدريبى في معالجة التلعثم واثرة في تنمية الثقة بالنفس لدى عينة من الأطفال المتلعثمين ، وتكونت عينة الدراسة من (٣٨) طفل وطفلة من الفئة العمرية (٧-١٠) سنوات ، واستخدم الباحث مقياس شدة التلعثم، ومقياس الثقة بالنفس، واظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية في شدة التلعثم والثقة بالنفس بين افراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية مما يدل على فاعلية البرنامج التدريبى.

واستهدفت دراسة هيلاري (Hilary, 2013) إستخدام أنشطة ومهارات اللعب المتعددة في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال المعسرين قرائياً ، وتكونت عينة الدراسة من (٦) أطفال تترأوح أعمارهم ما بين (٥-٩) سنوات ، وقد استغرق تطبيق البرنامج (٣-٩) أسابيع ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود تأثير إيجابي في تحسين مهارات اللغة الإستقبالية والتعبيرية وتنمية مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال المعسرين قرائياً .

ودراسة وليم وآخرون (William et al., 2015) التي إهتمت بتصميم برنامج تدريبي قائم على استراتيجية تدريب أفراد العينة التجريبية على مهارة القراءة ، والاستماع للقصص ، حيث تُعد مهارة الإستماع من أهم المهارات اللغوية وتعتمد هذه المهارة على درجة الأنتباه والفهم والإدراك ، وتمثلت عينة الدراســة من الأطفال في المرحلة الإبتدائية والذين بلغ عددهم (١٥٧) طفلاً ويبلغون من العمر (٨) سنوات وكانوا من الفئة العاديين والمعسرين قرائياً ، وأسفرت نتائج الدراسة عن أهمية توظيف القصص في تنمية مهارات التواصل اللغوي وإكساب اللغة ، ومهارات الفهم القرائي والفهم اللغوي ، والمجموعة ذات الأداء المنخفض أظهرت تحسناً في مهارات الإدراك البصري والسمعي ، وأهمية أسلوب الاستثارة اللغوية في المنزل من قِبل الوالدين لما له من أثر في تحسين مهارات الواصل اللغوي للأطفال المعسرين قرائياً .

قائمة المراجع

١- آمال عبد السميع باظه (٢٠١٥). **استمارة دراسة الحالة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة (غير العاديين)**،ط٥،القاهرة:مكتبة الانجلو المصرية.

٢- آمال عبد السميع باظه (٢٠١٦). **اضطرابات التواصل وعلاجها** ،(ط٣)، القاهرة :مكتبة الأنجلو المصرية.

٣- إجلال محمد سرى (٢٠٠٠): **علم النفس العلاجي** ، القاهرة: عالم الكتب.

٤- أحمد الزغبى (٢٠٠٥). **مشكلة الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية وأسبابها وسبل علاجها** ، دمشق :دار الفكر ، ص ص (١٠٥-١١١).

٥- أحمد عبد الله صبره (٢٠١٥). فعالية برنامج ارشادى إنتقائى لخفض حدة اللجلجة وأثرة على الفهم القرائي لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي ، **رسالة دكتوراه غير منشورة** ، كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ.

٦- أحمد عكاشة (١٩٩٩). **المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية** ، منظمة الصحة العالمية ، القاهرة :المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

٧- أحمد كمال محمد (٢٠١٤).التأهيل التخاطبى لاضطرابات التلعثم لخفض أعراض الرهاب لدى الأطفال ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، معهد الدراسات والبحوث العربية ، جامعة الدول العربية ، القاهرة.

٨- أحمد محمد الزغبى (١٩٩٤). **الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال** ، صنعاء:دار الحكمة اليمانية.

٩- أمل عبد اللطيف حمدي(٢٠١٤). **فاعلية برنامج ارشادى للوالدين للتخفيف من حدة التلعثم لدى أطفال المرحلة الابتدائية** ،القاهرة : مجلة القراءة والمعرفة،ع١٤٧،ص٧٣- ٨٨.

١٠- أميرة مزهر الدليمى،أحلام مهدي عبد الله (٢٠١١). **الخجل الاجتماعي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى طالبات معهد إعداد المعلمات** ،مجلة الفتح ، ع٤٧.

١١- أنسى محمد قاسم (٢٠٠١). **اللغة والتواصل لدى الطفل** ، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب ،.

١٢- أنســـى محمد قاســـم (٢٠٠٤). **مقدمة فى ســـيكولوجية اللغة** ، كلية رياض الأطفال ، جامعة القاهرة.

١٣- إيمان فؤاد الكاشـــف (٢٠٠٥). **فعالية برنامج إرشـــادي لخفض القلق لدى عينة من الأطفال المتلجلجين وتحســـين مفهوم الذات لديهم** ، مجلة الدراســـات التربوية والنفسية ، جامعة حلوان.

١٤- إيمان فؤاد الكاشـــف(٢٠١٠). **مشـــكلات الكلام واللجلجة دليل الوالدين والمعلمين** ،القاهرة : دار الكتاب الحديث.

١٥- بســـمة إبراهيم الجبالى (٢٠١٥). برنامج إرشـــادي لخفض الخجل لدى طفل ما قبل المدرسة ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية للأطفال ، جامعة عين شمس.

١٦- جابرعبدالحميد ،علاء الدين كفافى (١٩٩٥). **معجم علم النفس والطب النفسي** ، الجزء السابع ، القاهرة : دار النهضة العربية.

١٧- جمال محمد الخطيب (٢٠٠٤). **تعديل السلوك الإنساني فى دليل العاملين فى المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية** ، طـ٢ ، الكويت : دار الفكر للنشر والتوزيع .

١٨- جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠). **الاضطرابات السلوكية وعلاجها** ، القاهرة :دار غريب.

١٩- جمعه ســـيد يوســـف،عبد اللطيف محمد خليفة (٢٠٠٤). **الخجل والتوافق الاجتماعي ،دراســـة ثقافية مقارنة بين مجموعتين من طلاب الجامعة الســـعوديين والكويتيين** ،الكويت:مجلة العلوم الاجتماعية ، ع٣ ، المجلد٢٨ ، ص٨٩-١٢٠.

٢٠- جهاد احمد على (٢٠١١). اثر برنامج تدريبي مســـتند إلى التغذية الراجعة المتأخرة ومشـــاركة الأهل في خفض شـــدة التلعثم لدى الأطفال ، **رســـالة دكتوراه غير منشورة**،كلية العلوم التربوية والنفسية،جامعة عمان ، الأردن.

٢١- جونز وراســـل (١٩٨٦). **مقياس الخجل الاجتماعي**، ترجمة وتقنين الســـيد إبراهيم السمادونى ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.

٢٢- جين نيكسون (٢٠٠٠). **مساعدة الأطفال على مواجهة التلعثم** ، بيروت.، ترجمة مركز التدريب والبرمجة : الدار العربية للعلوم

٢٣- جيهان عباس غالب (١٩٩٨).دراســـة لبعض المتغيرات البيئية والنفســـية المرتبطة بظاهرة التلعثم فى الكلام عند الأطفال ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، معهد الدراسات والبحوث البيئية ، جامعة عين شمس ، القاهرة.
٢٤- جيهان عباس غالب (٢٠٠٨). فاعلية برنامج تخاطب للأطفال المتلعثمين بمشـــاركة الوالدين ،**رســالة دكتوراه غير منشــورة** ،معهد الدراســات والبحوث البيئية ، جامعة عين شمس.
٢٥- حاتم محمد عاشــور (٢٠٠٨). فعالية كل من برنامج علاجي ســلوكي وبرنامج العلاج الكلامي فى تخفيف حدة اضــطرابات النطق لدى عينة من الأطفال فى المرحلة الابتدائية ، **رسالة دكتوراه غير منشورة** ، كلية التربية ، جامعة كفرالشيخ .
٢٦- حامد أحمد سعد (١٩٩٨). **لغة الطفل** ، القاهرة: مطبعة النيل ،.
٢٧- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥). **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، ط ٤ ، القاهرة : عالم الكتب.
٢٨- حسـام عطية حسـين (٢٠١٤). برنامج قائم على العلاج المطول فى خفض حدة اللجلجة وأثره فى تحســين الســلوك التكيفى لدى المعاقين عقليا القابلين للتعلم ، **رســالة ماجستير غير منشورة** ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة.
٢٩- حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠٣). **علم النفس الإكلينيكي** ، القاهرة : دار قباء.
٣٠- حسين عبد العزيز الدرينى (١٩٨١). **مقياس الخجل** ، القاهرة : دار الفكر العربى.
٣١- حمدى على الفرماوى (٢٠٠٦). **نيوروسيكولوجية معالجة اللغة واضطرابات التخاطب** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٢- خالد عبد الرازق الســيد (٢٠٠٢). **اللغة بين النظرية والتطبيق** ، الإســكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.
٣٣- خديجة عبدالحى مشهور (٢٠٠١). أساليب المعاملة الوالدية للأطفال المتلعثمين واقتراح برنامج علاجي إرشادي لمواجهة حالات التلعثم فى مدينة جدة ، **رسالة دكتوراه غير منشورة** ، كلية التربية للبنات بجدة ، الرئاسة العامة لتعليم البنات ، المملكة العربية السعودية.
٣٤- خليل ميخائيل معوض (٢٠٠٣). **علم النفس العام** ، الإســكندرية: مركز الإســكندرية للكتاب ،

٣٥- دينا زكى بسيونى (٢٠٠٩). علاقة بعض اضطرابات النطق والكلام ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من الأطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، كلية التربية ، جامعة كفرالشيخ.

٣٦- رشا جابر عبد المنعم (٢٠١٦). فعالية برنامج تدريب كلامي وبرنامج ارشادى أسرى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال المعسرين قرائيا ، **رسالة دكتوراه غير منشورة** ، كلية التربية ، جامعة كفرالشيخ.

٣٧- رنا سحيم الدبوس(٢٠٠٨). التلعثم وعلاقته بالتحصيل الدراسي ومفهوم الذات،دراسة مقارنة للفروق بين الجنسين في مرحلة الطفولة المتأخرة،**رسالة ماجستير غير منشورة** ،كلية الآداب ، جامعة عين شمس.

٣٨- زكريا الشربينى ويسريه صادق (٢٠٠٠). **تنشئة الطفل وسبل الوالدين فى معاملته ومواجهة مشكلاته** ، القاهرة : دار الفكر العربى.

٣٩- زكريا أحمد الشربينى (٢٠٠٢). **المشكلات النفسية عند الأطفال** ، القاهرة : دار الفكر العربى.

٤٠- زينب أبو حذيفة (١٩٩٢). ديناميات الفزع الليلي والتهته لدى الأطفال ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

٤١- زينب ماجد ملص (٢٠٠٧).العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وتقدير الذات لدى عينة من طلاب الجامعة الأردنية ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، كلية الدراسات العليا ، الجامعة الأردنية ، عمان.

٤٢- سامى محمود ملحم (١٩٩٣). **طفلك له ٢٠٠ مشكلة الحلول المثلى** ،القاهرة: الدار المصرية.

٤٣- سناء محمد سليمان (٢٠٠٥). **تحسن مفهوم الذات وتنمية الوعي بالذات والنجاح فى شتى مجالات الحياة** ، القاهرة : دار عالم الكتب ،.

٤٤- سهير أمين عبد الله(١٩٩٥). دراسة لمدى فاعلية أسلوب التظليل واللعب غير الموجه في حالات اللجلجة لدى أطفال المرحلة الابتدائية ، **رسالة دكتوراه غير منشورة**،كلية التربية جامعة عين شمس.

٤٥- سهير محمد توفيق عبدا لهادى(٢٠١٣). **فاعلية برنامج علاجي متنوع للتخفيف من حدة التلعثم لدى بعض الفتيات الراشدات**، السعودية، مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس،ع٣٣ ،ج١،ص٢٠٩- ٢٣٦.

٤٦- سهير محمود أمين (٢٠٠٠). **اللجلجة التشخيص والعلاج** ، القاهرة: دار الفكر العربي.

٤٧- سـهير محمود أمين (٢٠٠٥). **اضـطرابات النطق والكلام "التشـخيص والعلاج"** ، القاهرة : عالم الكتب.

٤٨- سيد احمد احمد البهاص(٢٠٠٥). **أداة قياس شدة التلعثم للأطفال والمراهقين** ، القاهرة :مكتبة النهضة المصرية.

٤٩- سـيد أحمد البهاص (١٩٩٣). فعالية أسـلوب السـيكودراما والقراءة المتزامنة فى علاج حالات التلعثم ، **رسالة دكتوراه** ، كلية التربية ، جامعة طنطا.

٥٠- السيد مصـطفى السنباطى (٢٠٠٧). تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسـي لدى الأطفال بلا مأوى مع تصـور مقترح لبرنامج إرشـادى لتحسـين مسـتوى تقدير الذات ، **رسـالة دكتوراه غير منشـورة** ، معهد الدراسـات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ، القاهرة.

٥١- صـالح بن يحيى الغامدى (٢٠٠٩). اضـطرابات الكلام وعلاقتها بالثقة فى النفس وتقدير الذات لدى عينة من طلاب المرحلة المتوسـطة ، **رسـالة دكتوراه غير منشـورة** ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، المملكة العربية السعودية.

٥٢- صـبحي عبدالفتاح الكفورى(٢٠٠٥).**محاضـرات فى التوجيه والإرشـاد النفسـي**، كلية التربية،جامعة كفر الشيخ.

٥٣- صـفوت احمد عبد ربه (٢٠٠٠). فاعلية العلاج السـلوكي متعدد المحاور والقراءة المتزامنة في علاج اللجلجة وبعض الاضـطرابات النفسـية المصـاحبة ، **رسـالة دكتوراه غير منشورة** ، معهد الدراسات العليا للطفولة.

٥٤- طارق زكى عبدالمحسـن (٢٠٠٢). بعض الأسـاليب النفسـية فى علاج التلعثم ، **رسـالة دكتوراه غير منشورة** ، كلية الآداب ، جامعة جنوب الوادي ، مصر.

٥٥- عبدالعزيز السـيد الشـخص ، عبدالغفار الدماطى (١٩٩٢). **قاموس التربية الخاصـة "تأهيل غير العاديين"** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٥٦- عبدالعزيز السيد الشخص (٢٠٠٧). **اضطرابات النطق والكلام "خلفيتها وتشخيصها ، أنواعها ، وعلاجها"** ، ط ٢ ، الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية.

٥٧- عبدالكريم الخلايلة وعفاف اللبايدى (١٩٩٥). **انطواء اللغة عند الأطفال** ، عمان : دار الفكر للنشر والتوزيع ،.

٥٨- عبدالمجيد سـيد أحمد (٢٠٠٣). **الطفل ومشكلاته النفسية والتربوية والاجتماعية ، الأسباب وطرق العلاج** ، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر.
٥٩- عبدالوهاب كامل (٢٠٠٢). **البحوث فى علم النفس** ، القاهرة : دار النهضة المصرية.
٦٠- عفراء سعيد خليل (٢٠٠٠). بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المضطربين فى الكلام ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة.
٦١- علاء الدين كفافى (١٩٨٩). **تقدير الذات فى علاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي ، دراسة فى عملية تقدير الذات** ، المجلة السعودية للعلوم الإنسانية ، العدد (٣٥) ، المجلد (٩) ، جامعة الكويت ، ص ص (١٠٠-١٢٧).
٦٢- علاء الدين كفافى (١٩٩٧).**علم النفس الارتقائى ، سيكولوجية الطفولة والمراهقة** ، القاهرة: مؤسسة الأصالة ،.
٦٣- علاء الدين كفافى (١٩٩٩). **الإرشاد والعلاج الأسرى المنظور النسقى** ، القاهرة: دار الفكر العربى.
٦٤- على بن عبدالواحد الغامدى (٢٠٠٧). **حلول عملية لمشكلات أطفالنا السلوكية والنفسية** : مكتبة المتنبى ، المملكة العربية السعودية ، ص ص (٢٥-٢٩).
٦٥- على حمدان (٢٠٠٢). الضغوط النفسية لدى عينة من معلمي ومعلمات التربية الخاصة ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، القاهرة ، معهد الدراسات العليا ، جامعة عين شمس.
٦٦- عماد احمد حسن (٢٠١٤). **اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة ل "Raven"**،القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
٦٧- غادة بنت عبد الله الخضير (١٩٩٩). فاعلية برنامج تدريبي توكيدي في تنمية تقدير الذات لدى عينة من طالبات الجامعة مرتفعات الأعراض الاكتئابية ، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الرياض،كلية التربية ، جامعة الملك سعود.
٦٨- غادة محمود الكسناوى (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادى للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة.
٦٩- فاخر عاقل (١٩٩٣). **أصول علم النفس وتطبيقاته** ، بيروت : دارا لعلم للملايين.

٧٠- فاروق الروســـان (٢٠٠٦). **ســيكولوجية الأطفال غير العاديين** ، مقدمة فى التربية الخاصة ، عمان : دار الفكر العربى ، بيروت.

٧١- فـاروق عبـد الفتـاح موســي (٢٠٠٢). **اختبـار القـدرة العقليـة ، مســـتوى من ٦-١١** ، كراسة التعليمات ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

٧٢- فيصــل محمد الزراد (١٩٩٩). **اللغة واضــطرابات النطق والكلام** ، الرياض : دار المريخ ، السعودية.

٧٣- كريمان بدير وإميلى صــادق (٢٠٠٠). **تنمية المهارات اللغوية للطفل** ، القاهرة **:** عالم الكتب.

٧٤- مايســة أحمد النيال (١٩٩٦). **الخجل وبعض أبعاد الشــخصــية ، دراســة ارتقائية وارتباطية** ، القاهرة : (دراســات نفســية) ، المجلد (٦) ، العدد (٢) ، ص ص (١٧٥-١٨٤).

٧٥- مجدى محمد الدسـوقى (٢٠٠٣). **سـيكولوجية النمو من الميلاد إلى المراهقة** ،القاهرة :مكتبة الأنجلو المصرية ،.

٧٦- مجدى محمد الدسوقى (٢٠٠٨). **دراسات فى الصحة النفسة** ، المجلد الثانى ، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٧٧- محمد أيوب شـحيمى (١٩٩٤). **مشـاكل الأطفال كيف نفهمها؟ المشـكلات والانحرافات الطفولية وسبل علاجها** ، بيروت : دار الفكر اللبنانى.

٧٨- محمد عبدالقادرمحمد (٢٠١٣). **الخجل عند الأطفال ، الأسباب والعلاج** : الدار المصرية للعلوم ، ص ص (٢٦-٣٠).

٧٩- محمد إبراهيم عبدالمجيد مرجان(٢٠١٧).فاعلية برنامج تدريبي كلامي لتخفيف التلعثم في خفض الشـــعور بالخجل الاجتماعي وزيادة تقدير الذات لدى الأطفال المتلعثمين **رسالة دكتوراه غير منشورة.**

٨٠- محمد محروس الشــناوى (١٩٩٢). **بناء وتقنين مقياس الخجل: دراســة باســتخدام التحليل العاملى** ، القاهرة: الأنجلو المصرية ، ص (١).

٨١- محمد محمود الدويك (٢٠٠٩) . **فاعلية برنامج تدريبي لتخفيف حدة التلعثم لدى تلاميذ الصف الرابع الابتدائي** ،مجلة البحث العلمي في التربية،القاهرة، ع ١،ج ٢،ص ١٥٩- ١٧٩.

٨٢- محمد محمود النحاس (٢٠٠٥). مدى فاعلية برنامج إرشـادى فى علاج صـور التلعثم لدى الأطفال فى المرحلة الابتدائية ،**رسالة دكتوراه غير منشورة**، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .

٨٣- محمد محمود النحاس (٢٠٠٦). **سـيكولوجية التخاطب لذوى الاحتياجات الخاصـة** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٨٤- محمود عبدالرسول جمعة (٢٠٠٨). برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدى الأطفال الكويتيين فى مرحلة الطفولة المتأخرة ، **رسالة دكتوراه غير منشورة** ، معهد الدراسات التربوية ، جامعة القاهرة.

٨٥- مريم سليم (٢٠٠٣). **تقدير الذات والثقة بالنفس دليل المعلمين** ، القاهرة : دار النهضة العربية.

٨٦- مصطفى أحمد فهمى (١٩٧٦). **أمراض الكلام** ، ط٥ ، القاهرة: مكتبة مصر

٨٧- مصطفى سويف (١٩٨٣). **مقدمة فى علم النفس الاجتماعي** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٨٨- مصـطفى عبد المعطى (٢٠٠٣). **الاضـطرابات النفسـية في الطفولة والمراهقة ، الأسباب والتشخيص والعلاج** ، القاهرة : دار الفكر للنشر والتوزيع .

٨٩- مفيد نجيب حواشـين ، وزيدان نجيب حواشـين (١٩٨٩). **النمو الانفعالي عند الأطفال** عمان : دار الفكر ،.

٩٠- منى توكل إبراهيم (٢٠٠٦). فعالية برنامج إرشـادى علاجى متكامل لخفض درجة التهتهه لدى تلاميذ المدرسة الابتدائية ، **رسالة دكتوراه** ، كلية التربية ، جامعة المنصورة.

٩١- منى توكل إبراهيم (٢٠٠٨). **التهتهه لدى الأطفال (مفهومها – أسبابها – إعراضها – تشخيصها – علاجها)**،القاهرة :دار الجامعة الجديدة.

٩٢- ناجى عبدالعظيم ســـعيد (٢٠٠٣). **فعالية برنامج إرشـــادى للتدريب على المهارات الإيقاعية فى خفض الخجل لدى الأطفال** ، مجلة كلية التربية بالزقازيق ، المجلد (١) ، العدد (٤٥) ، ص (٨١).

٩٣- نادية العطار وعلاء الدين الحناوى (١٩٩٩)**. الحلقة النقاشـية العاشـرة ، اضـطرابات النطق أسباب وتشخيص وعلاج** ، الكويت :مكتب الإنماء الاجتماعي ، الديوان الأميرى .

٩٤- نبيلة عباس الشربينى (٢٠٠٣). **المشكلات النفسية للأطفال ، أسبابها وعلاجها** ، دار النهضة العربية ، ص ص (١٣١-١٣٤).

٩٥- نوال احمد البدوي (٢٠١٣). **مفهوم الذات وعلاقته بالتوافق النفســي والاجتماعي لدى الأطفـال المتلعثمين في مرحلـة الطفولـة المتـأخرة** ،مجلـة البحـث العلمي في الآداب، كلية البنات جامعة عين شمس،ع١٤،ج٤،ص٣٣ ــ ٦٢.

٩٦- هـالـة نشـــأت أحمد زايد (٢٠١٥)**.** فعـاليـة كـل من برنـامج علاجي كلامي وبرنـامج الســيكودرامى لتخفيف حدة اضــطرابات الأصــوات الكلامية لدى الأطفال من التعليم الأساسي ، **رسالة دكتوراه منشورة** ، كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ .

٩٧- هبه محمد رجب (٢٠٠٧). المناخ الأســرى وبعض المتغيرات النفســية لدى عينة من الأطفال المتلجلجين (المتلعثمين) ، **رســالة ماجســتير غير منشــورة** ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة.

٩٨- وحيد مصـــطفى كامل (٢٠٠٣). **علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضـــعاف الســـمع** ، مجلة كلية التربية النوعية ببنها ،العدد (٥٦) ، ص ص (١٠١-١٤٩) ، جامعة الزقازيق.

٩٩- وفيق صفوت مختار (٢٠٠١). **أبناؤنا وصحتهم النفسية** ، القاهرة : دار العلم والثقافة.

١٠٠- ولاء أحمد الريفى (٢٠٠٩). اســتخدام طريقة ســميث اكســنت فى علاج التلعثم وأثرها على سمات الشخصية لدى الأطفال المتلعثمين ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، كلية الآداب ، جامعة بنها.

١٠١- يحيى حســين القطاونة(٢٠١٤). **فاعلية برنامج تدريبي في علاج التلعثم وأثرة في مســـتوى الثقة بالنفس لدى الأطفال المتلعثمين،** مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، فلسطين ، ع٧ ، ج٢، ص٢٣٥- ٢٧٢.

102- Alley-Young (2005). An Individual's Experience A Social Cultural Critique of Communication Apprehension Research, *Texas Speech Communication Journal*, 30(1), 220-229.

103- Baldiwein, J. (2006)Encyclopedia of philosophy and psychology. *New Delgy*, Cosmo publications part 4, p. 102.

104- Beaty, M. (1998). Observing Development of the Young Child (5th ed) Upper Saddle River, Merritt, 7-19.

105- Bishop, M. J. Marquez, S. & Patricia, A. (2009). Linguistic Communication Assessment in early reading, *Journal of learning disabilities*, 34(3), 561-575.

106- Blood, G.W.(1995).Behavioral – Cognitive therapy program for adults who stutter , computer and counseling – *Journal of communication Disorders*,pp 165-180.

107- Bratcher, J. & Ryan, K. (2004). The Growth of Linguistic Communication : Response to reading intervention by children with reading disabilities who exhibit typical or below-average language skills, *Doctoral Dissertation*, Georgia State University.

108- Briggs, S. (2003). Linguistic Communication in School Age of Typically Developing Children, *Unpublished Doctoral*, East Tennessee State University, 189-210.

109- Carment, P. & Antonio, Y. (2002).Active Participation of mothers During speech theory. Improved language Development of children with cleft palate, scand J. *plast recontr Hand surg*. Vol, 43, pp. 231*236.

110- Caroline, B. & Cupples, L. (2004).The role of Families in optimizing phonological therapy out comes child language. *Teaching and Therapy*. Vol. 20, 3, pp. 245-260.

111- Cheek, J. M. & Buss, C. K. (1981).The influence of shyness of loneliness in anew situation personality and psychology Bulletin, 7, 577.

112- Cloninger, S. (1996).Personality Description, Dynamic and Development *W.H. Freeman Company*, New York.

113- Corsins, R. I. (1997).Concise Encyclopedia psychology, New York*, John Wiley & Sons,* p. 39.

114- Corzier, W. R. (1995).Shyness and self-esteem in middle childhood, *British Journal of Educational psychology*, 65 (1), 85-95.

115- Crozier, W. R. & Russell, D. (1997).Blushing. Embarrass ability and self-consciousness. *British Journal of Social psychology*, 31, 343-349.

116- Danaher, Susan Lynn (1997).Effect of mother's speech rate and frequency of interruptions on fluency of a child who stutters, Southern Connecticut State University, ProQuest, *UMI Dissertations Publishing* 1385267.

117- Dweek, C. (2000).Self-Theories their role in motivation. Personality. And development psychology press. *Taylor and Francis Group*.

118- Elbro, C.; Peterson, D. & Klint, A. (2004)**.** Long Terms Effects of Phoneme Awareness and Letter Sound Training : an intervention study with children at risk for Dyslexia, *Journal of educational psychology*, 96(4), 759-765.

119- Elise, B. & Barbara, B. (2004)**.**From Hindsight to foresight, working Around Barriers in phonological intervention child language, Teaching and Therapy. Vol, 20 (3), pp.287-318.

120- Eswine, D. (2012)**.** The Effect of Linguistic Communication Skills Administers Standardized Test Administration on the Assessment of Receptive Language Skills in Pre-School, *Dissertation Abstracts International*,(5),30-39.

121- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. (1985).Personality and individual differences: Anatural science approach. *New York. Plenum press*. P. 86.

122- Farinella Bocian, Kimberly (2006).Stutter-free speech following response-contingent time-out from speaking in young children who stutter, the university of Arizona, ProQuest, *UMI Dissertations Publishing*, 3221421.

123- Fry J.P.(2009). The effect of an intensive group Therapy program for Young adults who stutter ,Asingle subject study. *International Journal of speech Language Pathology*, Vol 11(1),Feb.

124- Gilliam, W. (2012)**.** The Relationship between language and cognitive development and emotional behavioral problems in financial disadvantaged school age, *Early Child Development and Care*, 16-28.

125- Gordon , R.C.,(1982). Self- Concept the interplay of theory and methods , *Journal of Educational Psychology*, 74 (1), 317.

126- Graham, Corrin Gillis (2004).Relation of function and content words to stuttering in the utterances of young children who stutter, Vanderbilt University, ProQuest, *UMI Dissertations Publishing*, 3127252.

127- Greene, E. (2006)**.** Story Telling Art and Technique, (4th ed), New York, London.

128- Guisti, M. (2002).The Efficacy of oral motor therapy of children with mild Articulation Disorders masters *Abstracts International*, Vol. 41 (1), p. 221.

129- Hamquchi, D. (1995)**.** Childhood Speech, Language and Listen Problems, What Every Parent Should Know. New York, John Wiley Sons.

130- Harriest, M. (1995)**.** The Power of Story Telling for Dyslexia Children Corwin Press, London, 14(1), 270-283.

131- Henderson, L. & Zimbardo, P. (2005).Shyness Encyclopedia of mental health, *Academic press*. San Diego, p. 497.

132- Herson, S. & Sledge, D. (2002). The effects of speech assisted instruction on linguistic communication interaction and disruptive behavior for individuals with dyslexia, *Published Doctoral*, the university of Oklahoma, united states.

133- Hertsberg, Naomi (2012).Self-perceived competence and social acceptance of children who stutter, The University of Lowa, ProQuest, *UMI Dissertations Publishing*, 1514482.

134- Hewat,S.(2006). Aphase II clinical trial of self- imposed Time- out, Treatment for stuttering in adults and Adolescents, *Disability Rehabilation*,28 (1).

135- Hilary, G. (2013). Parent Centered Speech Therapy Services Compared with Clinic Based Speech Therapy for Children with Linguistic communication disorders, EDD, *Brigham Young University*.

136- Horton, Dorothy A. (1999).Treating anxiety and stammering in an adult through systematic self-desensitization behavioral therapy: A case study, United States International University, ProQuest, *UMI Dissertations Publishing*, 9942542.

137- Howarth, M. (2012). The Induction of emergent relation in children with Dyslexia and severe Cognitive, *Journal of Education psychology*, 89 (1), 160-173.

138- Hughes, Charles, D. (2011).The Perceptions of adolescents who stutter regarding communication with their parents: Bowling Green State University, ProQuest, *UMI, Dissertations Publishing*, 3531975.

139- Ingham ,R.J,(2002). The modification of speech Naturalness During Rthythmic stimulation treatment of stuttering , *Journal of speech language and Hearing Res* ,Vol, 44, No.4.

140- Irani , F.,(2010). Amixed Method approach to evaluating treatment outcomes for an electic approach to intensive stuttering Therapy .Bowling Green State, *University Proquest Dissertation and These* , Retrieved form.

141- Jones , M., (2005). Randomize controlled trial of The Lidcombe Programme of early stuttering Intervention ,BMJ, *British Medical Journal* ,Vol,31(7518).NO Pagination Specified.

142- Kaiser, A. Lyon, D. & Hancock, T. (2012). Parent Reported Behavioral Problems and Linguistic Communication Skills in Boys and Girl Enrolled in Head start Classrooms, Behavioral Disorders, 26(1), 703-720.

143- Kalinowski, J. & Sataklaroglu, T. (2003).Speaking with a mirror engagement of mirror neurons via choral speech and its derivatives induces stuhering inhibition. *Medical Hypotheses*, Vol. 60, pp. 538-543.

144- Kaplan, D. M. (1998).On shyness, *international Journal of Psycho-Analysis*, 53, 439-453.

145- Kehoe, A. (2006). Psycho Social Correlates of Dyslexia across the life Spain, *Development and Psychopathology*, 8(3), 45-68.

146- Kent, R. (2004). What Dyslexia Students can tell us about the Neural control of speech, *Journal of Phonetics*, 28(3), 33-42.

147- Lee, M. Zimbardo, P. G. & Bertholf. M. J. (1997).Shyness murders. *Psychology today*. 76, p. 148.

148- Linsley, W. (2015). Voicing contrasts and their phonological implications in the speech training, *Journal of speech and Hearing Research*, 26, 486. 500 .

149- Lisa, S. (2002)**.** Using a cooperative home - School Development program to enhance the linguistic communication skills of dyslexia children, paper presented, at annual meeting of the national reading conference education, 15.

150- Lucas, R. (2008)**.** Assessment of Parent and Child Behavior in School Children, *Dissertation Abstracts International*, (36-04B), 23-29.

151- Lucast, A. (2012)**.** The interaction of structural and inferential elements in characterizing human linguistic communication skills, *Published Doctoral*, University of Minnesota.

152- Maassen, B , H.,(2008). Evaluation stutter Therapy , Efficacy research in stuttering Therapy, *Journal Article, Abstract stuttering is acomply speech , Gedrags therapie* . Vol 41 (11).

153- Macdonald, J. (1989): Becoming Partners with children from play to conversation Chicago, University of Chicago, pp.85-125.

154- Maltz, M. & Jennifer, J. (2004)**.** Factors Associated with Symbolic play development in preschool with Dyslexia and language skills, *Dissertation Abstracts International*, 64(012B), 36-55.

155- Maria, L. (2009)**.** A Study of effects of using oral strategy, reading stories on reading skills personal and social adjustment variables, *dissertation Abstracts International*, 40(2), 240-255.

156- Mc Kay. M. & Patrick, F. (2000).Self-Esteem. *New York springer publishing company.*

157- Morey, A. (2010)**.** speech and language disorders in children with reading disabilities, American Guidance services.

158- Nipped. Marilyn, A. (2009).Phonological and language disorders who stutter: impaction treatment recommendations. Vol. 18 (2), *Clinical Linguistics and phonetics*. 145-159.

159- Norris, J. & Bamico, J. (1990).Whole language in theory and practice. Implication for language intervention*, Language speech and Hearing services in school*. Vol. 21, pp. 212-220.

160- Ortega, Aishah, Y. (2009) .Stuttering behavior and physiological stress profiles: A preliminary Investigation of school-aged children. University of Illinois at Urbana-Champaign, ProQuest, *UMI Dissertations Publishing,* 3392243.

161- Oster, A. (2002).Presentation of Arvew Eu project for speech therapy prolegings of fonetit. TMH.QPsP. Vol. 44, (1), pp. 45-47.

162- Pfordresher, P. (2003)**.** Auditory Feedback in Music Performance, Evidence for Dissociation of Sequencing and Timing, *Journal of Expire Mental Psychology*, Human Perception and Formance (29), 944-948.

163- Pilkonis, P.A. (1994): The behavioral Consequences of shyness. *Journal of personality*, Vol. 45, pp. 595-611.

164- Pinker, J. (2007)**.** Screening of Linguistic Communication Skills in the Early Elementary Grades : An IRT approach, annals of Dyslexia, (97) 2-28.

165- Rettew, M. (2008)**.** Evaluation of an intervention program between children phonological and parents communicative behavior, *American Journal of speech language*, 98(5) , 632 – 645.

166- Reynold, S. & Janezn, D. (2007)**.** Encyclopedia of Education : A Reference for the Education of Children, Adolescents, Adults with Disabilities and other Exceptional Individuals, New York, John Wiley, (3) 193-199.

167- Richard, R. (2005)**.** Phenomenology Perspective of Dyslexia, PHD Study Capella University, *Education Reading Journal*, 66(08A), 53-62.

168- Rieber, R. (1976).*The Nero psychology of language plenum press*. New York and London.

169- Rigby, M. & Chesham, L. (1981).A trial speech screening test for school Enfant*. British medical Journal*, Vol, 282, pp.449-451.

170- Robertm. Kroll & Luc, F. Denil (2006).The Australian foundation of America Neural Bases of stuttering and its Treatment.

171- Rosenberg,M.,(1965). Society and The adolescent self – Image , Princeton University press, W., Lioyd,M., and Lashly , R., (1994), *Psychology Applied to modern life* , Brooks, cote, calife.

172- Russ, B. (2004)**.** An Attempt to Simulated Letter by Letter Dyslexia in normal Readers, Brain and Language, 98(3), 108-116.

173- Sandra, R. (2009)**.** Brief Virtual Reality Therapy for Public Speaking Anxiety, *Journal of Psychology of Behavior*, 5(6).

174- Schwartz, M. (1976).Stuttering solved, J.B. Lippincott company. *Philadelphia and New York*.

175- Sheehan, J. (1970).Stuttering Research and Therapy, *Harper & Row. Publisher*, New York, Evanston and London.

176- Simon, A. (2009)**.** phoneme awareness is a better predictor of early reading skills than on sterime awareness *Journal of experimental child psychology*, 82.

177- Susca , M.(2002).Diagnosing stuttering in the school environmental .Seminars in speech and Languages, 23(2),165-172.

178- Swanson, R. & Philip N. (2012)**.** Teaching Effective Comprehension Strategies to Student with Learning and Reading Disabilities, Intervention School and Clinic, 33(4), March, 209-218.

179- Teller, V. Arjaliisa, L. & margarita, J. (2009).Articulator Disorders in speech Among Fionish speaking students According to age, sex and speech therapy*. Journal of Communication Disorders*, p. 95.

180- Va ccaria, C. & Marschark, M. (2015)**.** Communication Skills between parents and Dyslexia students implication for social, emotional development. *Journal of child psychology psychiatry*, 60(9), 38-44.

181- Van Riper, C. (1971).The nature of stuttering prentice-Hall. Inc. *Englewood Cliffs,* New Jersey.

182- Venkata giri,H,S.(2005). Recent advances in the treatment of stuttering ,Atheoretical prespective, *Journal of communication Disorders*, 38(5).

183- Vives, M.; Luciano, S. & Valero, A. (2002)**.** Influence of two procedures on the Generalization of the correction of articulation disorders psicolthem, *Journal of Learning Disabilities*, 39(2), 144-153.

184- Vives, M.M., Luciano, S. & Valero. A. (2002).Influence of two procedures on the Generalization of the Correction of articulation disorders psicolthem, Vol. 10 (1), pp. 144-153.

185- Watson, R. (1993)**.** A Case study of phonological development language delayed twins not enrolled therapy, *Journal of communication disorders*, 15(2), 16-24.

186- Weir, E. & Blanchet, S. (2004).Developmental Distluency: *Early Intervention is key Canadian medical Association journal*. Vol. 170 (12), 1790-1791.

187- Whelan ,C.J,(2010). Effective stuttering treatment for persons with Autism spectrum disorders, Asingle subject design study, The George Washington ,*University Proquest Disseration*, 37562.

188- Williams, Mandy, J. (2004).Childhood stuttering and temperament, University of Nevada, Reno, ProQuest, *UMI Dissertations Publishing*, 3164683.

189- Wynand, W. (2009)**.** Therapy with Dyslexia Children, *Dissertation Abstracts International*, 54(11), 403-409.

190- Zimbardo, Philip, G. & S.L. Radl (1981).The shy child. A parents guide to preventing and over coming shyness from infancy to adulthood. New York, p. 22.